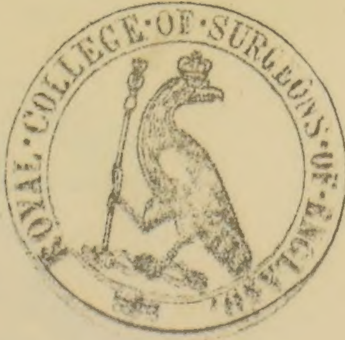
TRAITÉ DES MALADIES

DES

RÉGIONS INTERTROPICALES



A

MONSIEUR RUFZ DE LAVISON

Professeur-agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris,
Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine,
Ex-directeur du Jardin d'acclimatation,
Délégué de la Martinique,
Officier de la Légion d'honneur,

Permettez-moi de vous dédier ce livre. Le souvenir de votre ancienne et bienveillante amitié me rassure mieux que la compétence du juge qui a une si grande et si longue expérience du sujet.

INTRODUCTION.

Ce livre est le résumé de ma pratique aux Antilles, le fruit de longues réflexions et de patientes études. Au lieu de renfermer mon sujet dans les limites géographiques d'un pays, je l'ai étendu à toute la zone intertropicale. Aucune affection n'est spéciale aux Antilles: celles qu'on y rencontre et les plus graves, comme la fièvre jaune, la dysenterie, les maladies diverses du foie, l'impaludation, l'anémie, s'observent sur différents points de la zone tropicale, dans une mesure inégale pour les différentes races. Dans des chapitres séparés, j'ai longuement étudié les quatre grandes endémies de ces régions et la grande maladie épidémique, la fièvre jaune qui tend à accroître ses domaines en envahissant depuis vingt ans, dans le nouveau monde, des contrées où elle était inconnue.

Bien des travaux ont été publiés sur ces maladies, par les médecins de la marine surtout. Un livre auquel j'ai emprunté, c'est le *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds* de M. Dutroulau, œuvre d'observation personnelle où les faits se montrent, comme dans un miroir fidèle, avec les justes proportions de la vérité. Si, après ces différents ouvrages, il me reste quelques faits dignes d'intérêt, quelques détails oubliés, quelques aperçus nouveaux à présenter, c'est que j'ai élargi le cadre du sujet. J'ai étudié les maladies non-seulement sur la race européenne, mais sur les races tropicales, sur le créole blanc, sur le mulâtre, sur le nègre, sur l'Indien. Au point de vue de cette étude, la pratique civile aux colonies offre un avantage et un inconvénient. La médecine y est une sorte de sacerdoce; le médecin y est l'homme de tous et a charge de malades. Aussi un nombre considérable de faits se succèdent devant lui. Il observe et note ceux qui l'ont frappé le plus vivement; il entrevoit ou il oublie les autres, remettant à les inscrire faute de temps, par lassitude physique et intellectuelle sous l'action continue d'un climat brûlant.

Ce n'est pas que les caractères pathologiques

d'une maladie changent suivant les caractères différents des races. La prédisposition morbide varie, mais ces variations dépendent bien moins d'une influence de race que du degré de l'acclimatement pathologique et des conditions générales de l'hygiène. Une idée dominante ressort dans chaque chapitre, presque à chaque page de ce livre, c'est qu'il n'existe pas de maladie spéciale à telle ou telle race d'hommes. Pas d'immunité absolue pour les races tropicales par rapport aux épidémies et aux endémies; souvent elles payent le plus lourd tribut; elles éprouvent aussi les maladies accidentelles qui affectent l'Européen. Les maladies cutanées présentent chez les races colorées des différences qui tiennent au plus ou moins de fréquence et aux caractères extérieurs modifiés. A peine existe-t-il trois ou quatre formes qui ne se rencontrent pas chez le nègre ou qui semblent lui être spéciales par le fait de la constitution de sa peau. L'acné et le sycosis ne s'observent pas sur le nègre; l'éléphantiasis et le vitiligo, communs chez lui, sont infiniment plus rares chez le blanc. Les conditions météorologiques, la constitution palustre du sol qui fait les climats insalubres et les conditions hygiéniques des individus et des populations, telles sont

les grandes causes des maladies dans les régions tropicales. Dans cette étiologie, l'influence de race n'a qu'une part très-limitée.

Dans la voie que j'ai parcourue, j'ai retrouvé les traces de mes devanciers et toujours je les ai signalées. J'ai rapporté de nombreuses citations qui donnent aux choses observées l'appui d'un témoignage étranger. Je me suis plu à citer encore lorsque le fait ou l'opinion, ne s'accordant plus avec mon observation ou mon interprétation, me semblaient prêter à la critique. La plupart du temps, je n'ai fait que confirmer ce que d'autres avaient vu avant moi et comme moi et plus complétement quelquefois; j'ai montré quelques vues nouvelles et apporté quelques faits inédits.

Il est des maladies spéciales aux pays chauds, d'autres qui leur sont communes ainsi qu'aux pays tempérés, d'autres encore qui appartiennent à ces dernières contrées et qui ne se retrouvent plus sous les latitudes chaudes. J'ai dû, dans la seconde partie de mon livre, parcourir le cercle presque tout entier de la pathologie pour montrer les modifications imprimées aux affections médicales et chirurgicales par les influences météorologiques et pathologiques générales des pays tropicaux, par les

conditions d'acclimatement et d'hygiène des individus et des races, et pour indiquer les différences que la même espèce morbide présente sous deux climats opposés. Ces différences sont profondes ou légères, à peine accentuées, ou n'existent pas. J'ai cru pouvoir expliquer quelquefois la rareté ou l'absence dans la zone équatoriale d'espèces morbides répandues dans les régions tempérées et froides. J'ai donc ébauché un chapitre de pathologie comparée suivant les climats, essayé de tracer une sorte de flore pathologique complète des régions intertropicales et apporté ainsi une contribution à la géographie médicale, cette science qui se fonde si lentement, mais dont les horizons sont si vastes et dont les progrès intéressent l'humanité tout entière.

TRAITÉ DES MALADIES

DES

RÉGIONS INTERTROPICALES

PREMIÈRE PARTIE.

ENDÉMIES ET ÉPIDÉMIES.

CHAPITRE I.

ACCLIMATEMENT.

L'acclimatement de la race européenne dans les régions tropicales est encore aujourd'hui une question controversée. L'expérience du passé est interprétée différemment; elle semble défavorable, si l'on considère les désastreuses tentatives de colonisation faites à différentes époques, en dépit de toutes les règles de l'hygiène ; elle paraît favorable, au contraire, d'après le résultat deux fois séculaire de l'établissement des Européens dans les colonies indiennes et américaines. Mais ce résultat est diversement apprécié : ainsi, pour les Antilles, tandis que l'accroissement de la population donnerait la mesure de l'aptitude de la race espagnole à l'acclimatement intertropical, la dépopulation indiquerait le degré d'inaptitude des éléments anglo-saxon et français.

Dans une question aussi complexe, le chiffre, qui n'analyse rien, donne-t-il une solution exacte et définitive du problème de l'acclimatement? Il est difficile de le croire. Les individus peuvent réaliser les conditions de l'acclimatement et la collectivité ne pas posséder celles de la durée, car les conditions qui influent sur la natalité et la mortalité d'une population ne sont pas climatériques seulement, elles sont sociales et politiques.

Des causes qui influencent l'acclimatement, les unes appartiennent à la météorologie, les autres à la constitution du sol, et celles-ci ont une action autrement puissante que celle des premières. M. Dutroulau [1], qui insiste sur la distinction de l'acclimatement en météorologique et en pathologique, fait remarquer que c'est à tort que l'idée d'insalubrité est attachée à celle de climat chaud. L'air des régions torrides est compatible avec une salubrité très-grande. « Les navires, dit-il, qui se transportent sur tous les points des mers tropicales, sans voir se modifier leur état sanitaire à la condition de ne point aborder les terres insalubres, ne sont-ils pas aussi la preuve de l'innocuité du climat sidéral sous ces latitudes? » Taïti, la Réunion, où la moyenne annuelle de la température est de 24 à 25 degrés, sont des îles dont la salubrité est telle, qu'on peut y arriver d'Europe en toute sécurité ; pour ces colonies l'acclimatement n'existe pas.

Examinons les données du problème relativement aux Antilles françaises et aux races qui les habitent. La population sédentaire comprend les créoles blancs, les nègres créoles et les mulâtres qui dérivent de leur croi-

[1] *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, Paris, 1861, in-8°, p. 106.

sement. La population flottante est formée de deux groupes, l'un, tout européen, composé de l'effectif des garnisons, des fonctionnaires et des européens amenés et retenus par leur intérêt; l'autre constitué par des hommes appartenant aux races tropicales, tels que l'Africain, le Chinois et le coolie du Bengale.

Les influences météorologiques sont inégalement ressenties par ces hommes de race différente; pour eux l'acclimatement météorologique varie. Les modifications que ces influences impriment à l'économie sont sensibles surtout chez l'Européen. Au contact d'une lumière ardente, d'une atmosphère chaude et humide, l'arrivant éprouve un surcroît d'activité qui s'épuise vite. Le corps s'alourdit, les mouvements perdent de leur vivacité, à l'activité succède l'indolence. Les fonctions éliminatrices s'exagèrent, la sécrétion biliaire et la transpiration surtout indiquent cette exaltation fonctionnelle, la peau se boursoufle très-légèrement par l'afflux des liquides. Les fonctions assimilatrices tendent au contraire à se ralentir, le poumon et le tube digestif perdent de leur énergie, l'appétit diminue, l'hématose est moins complète dans un air déjà moins riche en oxygène par le fait de sa température. De la rupture d'équilibre entre les fonctions résultent deux conséquences qui touchent presque à la pathologie : l'exaltation de la sensibilité, due à la prédominance du système nerveux, et l'anémie, qui semble être, dans une certaine mesure, la condition même de l'acclimatement. La coloration rosée du visage disparaît peu à peu sous une teinte jaune, sorte de masque qui, avec la nonchalance de la démarche, donne une apparence maladive à l'habitant des Antilles. L'Européen se rapproche de plus en plus du créole jusqu'à lui ressem-

bler, et, qu'il ait ou non payé un tribut aux maladies du pays, il se trouve au bout de peu d'années complétement acclimaté, c'est-à-dire que les chances mauvaises sont égales pour le créole et pour lui.

L'action du climat se continue sur sa postérité, influence profonde et sensiblement la même, que les enfants proviennent d'unions entre Européens ou de mariages entre créoles et Européens. Il semble que le climat ait déterminé un type auquel il ramène tout et que distingue l'élégance et la souplesse des formes. Les cheveux ne changent guère de nuance, et la peau, d'un blanc mat ou brunie, hâlée et jaunie dans les parties exposées à la lumière, ne prend pas les tons orangés et olivâtres qu'offrent souvent les populations méridionales de l'Europe. Les extrémités s'atténuent et deviennent plus sèches, la saillie du cou-de-pied se prononce davantage, l'angle externe des yeux se relève légèrement. Ces dernières modifications, sensibles également chez le mulâtre, sont marquées surtout chez la femme, et d'autant plus prononcées que le type se rapproche davantage du blanc.

Comme pour le blanc, le climat crée pour le nègre un type physiquement supérieur au précédent et auquel se rallie dès la seconde génération l'élément africain. Le noir créole, remarquable quelquefois par la parfaite élégance de ses formes, est doué d'une forte organisation qui permet un libre développement à son activité et lui assure une résistance extrême aux fatigues, aux veilles, aux excès, et cela malgré un régime peu animalisé.

Les influences météorologiques, graves pour l'Européen, pèsent peu sur l'Africain. Un climat plus froid que celui qu'il a quitté convient mieux à l'é-

migrant qu'un climat dont la température est plus élevée. Comme climat insulaire, celui de l'archipel des Antilles est moins brûlant que celui du continent africain. Cette différence de température occasionne même chez l'Africain des pneumonies qui sont, dans une mesure d'ailleurs restreinte, le seul tribut sérieux qu'il paye à l'acclimatement. Cette infériorité de la faculté de résister au froid a toujours été notée chez le nègre. Des contrées assez peu distantes de la ligne sont déjà des pays froids pour les noirs de la côte de Guinée. A Ceylan, ils contractent des affections thoraciques aiguës [1]. Aux Antilles, par 12 degrés de latitude, ces mêmes nègres, très-sensibles aux moindres dépressions thermométriques, font du feu quelquefois le soir pour se réchauffer. Les influences morbides liées à la constitution du sol, qu'ils rencontrent en arrivant aux Antilles, ne leur sont pas étrangères, car l'endémie paludéenne est très-intense sur les côtes occidentales de l'Afrique.

Cette résistance aux influences pathologiques, cette facilité à s'approprier aux conditions météorologiques du climat, ce type auquel l'Africain tend à s'élever, semblent assurer à l'émigration africaine un incontestable succès. L'Africain, souvent très-intelligent, surtout lorsqu'il est jeune, n'est qu'un sauvage qui se civilise aisément et perd vite toute idée de retour dans sa patrie. Le coolie de l'Inde, au contraire, s'attache à cette pensée; produit d'une vieille civilisation corrompue, il est plus grêle de formes et n'a pas même la force de résistance que

[1] Guérard, *Dictionnaire de médecine en 30 volumes, in-8°*, art. CLIMAT, t. VIII, p. 137. Paris, 1834. Comparez Jules Rochard, *Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, art. ACCLIMATEMENT. Paris, 1864, t. I, p. 198, et art. CLIMAT, Paris, 1867, t. VII.

l'Africain ; sujet aux accidents syphilitiques, il devient aisément anémique, et cette disposition morbide est entretenue longtemps par le régime, presque exclusivement végétal, auquel l'astreignent ses préjugés religieux. Tous deux sont insensibles d'ailleurs aux influences météorologiques, habitués aux endémies paludéennes et dans les conditions des acclimatés.

Dans les régions intertropicales, l'action directe des rayons solaires ne donne pas lieu aux redoutables accidents observés dans les pays tempérés. Un mouvement fluxionnaire considérable à la périphérie, une respiration moins active, un sang plus pauvre préservent de ces congestions pulmonaires et cérébrales qu'il n'est pas très-rare de rencontrer en Algérie, pendant de longues marches, par une chaleur ardente, et même en Europe dans les étés très-chauds, chez les hommes exposés dans les champs aux irradiations solaires. Sous les tropiques, l'insolation détermine souvent chez le blanc et même chez le mulâtre l'érythème connu sous le nom de coup de soleil, très-rarement l'érysipèle. Les redoutables accidents qui succèdent parfois à l'insolation appartiennent à d'autres causes. La congestion, le coma sont symptomatiques d'un accès pernicieux. C'est un point de pathologie mis en lumière par plus d'un observateur, par M. Celle [1] pour le Mexique, par M. Dutroulau pour les Antilles. Lorsque règne la fièvre jaune, les plus graves accidents peuvent succéder promptement à une insolation ; c'est aussi par cette cause que se déclarent un grand nombre d'accès pernicieux foudroyants. Dans les pays chauds, la cause accidentelle la plus fréquente de

[1] *Hygiène pratique des pays chauds*. Paris, 1848, in-8°.

toutes les maladies provient de la suppression de la transpiration par le refroidissement.

Ces influences morbides liées aux conditions météorologiques ne s'exercent pas dans une égale mesure sur les hommes de race différente qui peuplent les Antilles. L'Européen en est plus affecté que le créole ; les hommes de race indienne ou africaine y sont presque insensibles. Le nègre créole ou africain est stimulé par les rayons solaires frappant d'aplomb sur sa peau nue ; il est engourdi par un temps humide et frais ; il travaille mieux et plus volontiers les jours de soleil que les jours où le temps est couvert, dans les régions du littoral calcinées par le soleil que dans les localités élevées et ombreuses. Cette immunité presque absolue à l'endroit des intempérie et de l'insolation que possèdent les races indienne et africaine les rend seule aptes aux travaux des grandes cultures sous la zone torride. La race européenne doit-elle être, suivant une expression heureuse de M. Dutroulau, l'intelligence qui dirige, tandis que les races tropicales sont la force qui exécute ? Doit-elle, pour coloniser, se borner à occuper, à posséder et à exploiter avec le concours de ces races? C'est pour les Antilles l'indispensable condition de succès, condition de colonisation liée à l'aptitude différente des races pour l'acclimatement tropical.

Sous ces latitudes cependant, l'inaptitude de la race blanche pour les travaux du sol est loin d'être absolue. Elle peut s'y livrer dans une certaine mesure dans des localités où les inconvénients du climat diminuent par le fait de l'altitude et même dans des localités insalubres. A la Réunion, aux Antilles, beaucoup de petits propriétaires blancs cultivent eux-mêmes leurs terres. Des Euro-

péens, des Basques surtout, sont employés dans des sucreries au camionnage et à d'autres services, et travaillent la plus grande partie du jour en plein soleil. Les Antilles d'ailleurs n'ont-elles pas été défrichées et plantées en partie par des Européens, dont l'indomptable énergie eut à lutter contre les influences du climat et les influences délétères du sol, contre l'hostilité des indigènes et celle des puissances maritimes en guerre avec la métropole? Si, dans une mesure restreinte d'ailleurs, le travail agricole est possible aux Antilles à la race blanche acclimatée et créolisée, il l'est également pour l'Européen, à deux conditions indispensables : l'observance stricte des lois de l'hygiène et le choix d'un sol salubre. C'est ainsi qu'en les entourant de sages précautions, l'administration coloniale a pu, à différentes reprises, employer des militaires à de grands travaux qui raffermissaient leur moral et leur santé en les arrachant à la nostalgie et à l'oisiveté. A la Guadeloupe et à la Martinique, des routes stratégiques ouvertes dans les hauteurs volcaniques, des travaux de fortifications exécutés sur des terrains secs et salubres, entrepris même parfois à des époques où régnait la fièvre jaune, n'ont jamais offert que de bons résultats pour la santé des travailleurs.

Dans les régions intertropicales, les conditions qui compromettent ou interdisent l'acclimatement tiennent à la nature du sol et appartiennent aux endémies. Celles-ci affectent dans une mesure inégale les différents groupes de la population. Nulle propriété de race n'en met complétement à l'abri; seulement, la tolérance est plus grande pour les races tropicales, frappées quelquefois pourtant avec une violence extrême. Ce sont les Européens non acclimatés et surtout l'effectif des gar-

nisons qui payent le plus large tribut aux endémies.

L'Européen ne tarde pas à offrir le léger degré d'anémie qui caractérise l'acclimaté, degré qui semble physiologique, tant il répond aux conditions de la santé sous ces latitudes. Mais il est aisément franchi, et alors commence l'anémie tropicale, grave affection qui pèse sur la race blanche et sur les races tropicales par suite des déplorables conditions hygiéniques de celles-ci. C'est, après l'endémie paludéenne, la cause qui compromet le plus la colonisation européenne. Ces deux causes s'aggravent en s'associant, et c'est leur double influence qui jusqu'ici a rendu illusoires les tentatives d'établissements européens dans certaines parties de la Guyane française. L'anémie et les fièvres palustres y atteignent, il est vrai, toute leur intensité. Aux Antilles, leur action n'est ni aussi étendue, ni aussi puissante.

Ces îles sont formées pour la plupart de deux terrains : les terres basses ou alluvionnaires, les terres hautes ou volcaniques. A cette constitution géologique différente correspond une constitution morbide différente ; aux terrains alluvionnaires appartient l'endémie palustre ; au terrain volcanique, l'endémie dysentérique. Mais ces affections ne s'excluent pas. De nombreux cas de dysenterie s'observent à Fort-de-France, bâti sur un terrain d'alluvion ; à Saint-Pierre, dans la partie volcanique de la Martinique, des fièvres graves avec vomissements noirs règnent épidémiquement sur tous les groupes de la population. Sous les tropiques, la géographie médicale et la géographie botanique se touchent et se confondent en quelques points ; la zone des palétuviers, dont la végétation est liée à la salure et à l'humidité du sol, dessine sur le littoral la zone où règne l'endémie palustre. Cette

endémie remplace pour l'habitant des Antilles les maladies qui atteignent l'habitant des régions tempérées. Son influence sans cesse agissante pèse sur toutes les races, moins sévère pour les races tropicales que pour les créoles blancs et les Européens.

Il en est autrement de la dysenterie et de la diarrhée, qui sévissent sur les différentes races de couleur comme sur la race européenne. D'après M. le docteur Rufz, elles fourniraient le plus de décès parmi la population sédentaire à Saint-Pierre-Martinique. Cependant aux Antilles, comme sous toute la zone tropicale, la dysenterie n'est pas une cause d'insalubrité qui compromette l'acclimatement. A la Réunion, où elle règne endémiquement, elle est compatible avec une salubrité très-grande. Ses foyers sont distincts de ceux de l'endémie palustre, la grande cause d'insalubrité des régions tropicales; son influence est moins générale que celle de la fièvre palustre et elle crée un plus grand nombre d'immunités. Si, suivant la remarque de M. Dutroulau, les chances de mort par la dysenterie et l'hépatite sont égales pour les indigènes aux risques que font courir à l'habitant des régions tempérées le rhumatisme et la pneumonie, l'acclimatement qu'elles permettent semble pouvoir devenir complet. Les données statistiques fournies par les garnisons infirmeraient cette proposition si, dans les questions d'acclimatement, elles avaient une valeur absolue. En effet, la dysenterie est, après la fièvre jaune, la cause de mortalité la plus grande pour les garnisons des Antilles. Légère l'année de leur arrivée, cette influence s'aggrave avec la durée du séjour par les récidives qui amènent la forme chronique et la mort consécutivement.

S'il est souvent utile pour lutter contre l'influence pa-

lustre d'émigrer vers les hauteurs volcaniques ; si ce changement de localité détermine chez le créole et chez l'Européen des guérisons complètes de fièvres anciennes et rebelles, les conditions du sol et du climat n'offrent que des ressources très-limitées contre l'influence dysentérique. Dans les terrains bas, la fièvre tend à aggraver l'état des dysentériques, et pour ces malades la ressource la plus efficace, c'est l'émigration loin du foyer du mal. Le dysentérique doit se hâter de gagner les régions tempérées, avant d'avoir atteint la limite souvent étroite où cesse l'opportunité.

Les foyers de la fièvre jaune sont concentrés sur les rivages des grandes Antilles et les bords du golfe du Mexique. Dans les petites Antilles, à des intervalles de huit ou dix ans, éclatent des épidémies qui durent plusieurs années consécutives. La fièvre jaune, qui décime alors l'élément européen, ne touche ni aux races tropicales ni aux blancs créoles ou acclimatés. L'immunité, qui peut devenir absolue pour l'Européen, s'acquiert suivant deux modes : rapidement, lorsque l'arrivant a subi l'épreuve du mal ; lentement, sous l'influence de plusieurs années de séjour. Le temps nécessaire pour procurer l'immunité est difficile à préciser ; il varie nécessairement suivant les individus ; j'ai vu des cas mortels de fièvre jaune sur des Européens qui avaient plus de six années de séjour aux colonies. L'immunité n'est pas un avantage dont la possession soit indéfiniment assurée ; c'est par l'usage seul qu'elle se conserve. Elle se perd après un long séjour dans les régions froides ou tempérées, et le nouvel acclimatement nécessaire pour la reconquérir est plus long pour l'Européen que pour le créole. Celui-ci retire quelque bénéfice de son origine,

et, si longue qu'ait été son absence, lorsqu'il retourne aux foyers de la fièvre jaune, il en subit l'influence dans une mesure infiniment moindre que l'Européen.

La fièvre jaune qui règne en remplaçant les autres maladies graves, n'atteint pas tout le monde, n'enlève que le tiers des malades, et dès lors ne constitue par un obstacle absolu à l'acclimatement. Ainsi, dans les grandes Antilles, où elle est endémique, elle n'entrave pas la prospérité des îles de Cuba et de Porto-Rico. A Cuba, le chiffre de la population blanche, qui, en 1774, était de 97,440, s'élevait à 793,484 en 1861, bien que la garnison espagnole fournît une mortalité de 0,072 plus forte que celle des garnisons anglaises. « Dans cette funèbre annualité, la fièvre jaune entre pour 0,027 ; elle attaque chaque année 82 hommes sur 1000 (effectif), et elle tue de 18 à 53 pour 100 de ceux qu'elle atteint, en moyenne 31 pour 100 [1]. » Dans les petites Antilles, elle sévit également sur les marins et sur l'effectif des garnisons. Mais les périodes presque décennales d'immunité qui s'écoulent entre deux épidémies, y sont éminemment favorables à l'acclimatement de la race européenne.

La race noire jouit-elle à l'égard de la fièvre jaune d'une complète immunité? Les faits et les opinions se contredisent trop pour que la réponse puisse être définitive. Il ne saurait être question ici du nègre né aux Antilles et insensible par un long acclimatement, mais du nègre né en Afrique ou dans des contrées que la fièvre jaune ne visite qu'accidentellement. Suivant le docteur

[1] Bertillon, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. I, art. Acclimatement.

Nott, un quart de sang nègre vaudrait mieux pour braver cette maladie que la vaccine pour la variole. « La faible proportion des noirs de Rio-Janeiro atteints par la fièvre jaune lors de l'épidémie de 1850, écrit M. Bertillon, et tout récemment à la Vera-Cruz, l'immunité que viennent de montrer les régiments nègres que nous avons fait venir d'Egypte, au milieu d'une violente épidémie qui a décimé nos régiments arabes, confirment de la manière la plus nette la proposition du docteur Nott. »

Les faits opposés ont aussi leur valeur. La fièvre jaune n'est pas endémique sur les côtes occidentales de l'Afrique, mais elle y éclate épidémiquement. En 1830, elle se montre pour la première fois à Gorée et à Saint-Louis du Sénégal et sévit sur les différentes races qui forment la population. A sa seconde apparition à Gorée, sept ans après, les indigènes sont moins frappés que les étrangers, qui furent seuls atteints lors de la troisième épidémie en 1859. A Cayenne, après un intervalle d'un demi-siècle, la fièvre jaune éclate en 1850 et frappe les nègres et les mulâtres. En 1855, survient une nouvelle épidémie qui n'atteint que les Européens non acclimatés. Aux Antilles, des coolies de l'Inde sont quelquefois atteints en dehors du foyer de la maladie. Dans le foyer même, le nègre étranger peut contracter la fièvre jaune. En 1856, lorsqu'elle régnait sur la rade de Saint-Pierre-Martinique, je l'ai observée sur des matelots noirs de la Réunion. Ces faits semblent autoriser à penser que, dans les foyers endémiques, l'immunité s'acquiert pour tous par l'acclimatement et n'est pas un privilége de nationalité et de race. Sans doute elle est plus rapide et plus complète pour le nègre qui est presque

insensible aux influences climatériques qui, chez le blanc, ont tant d'action sur le développement de la fièvre jaune.

Dans ces questions difficiles et complexes d'acclimatement, les influences du climat et celles des endémies devraient être seules comptées pour juger sûrement des résultats. Ceux-ci se trouvent compliqués et altérés par des éléments étrangers au problème, comme les institutions et les aptitudes sociales différentes des races. La statistique se préoccupe peu de ces éléments, ne les élimine pas, et, faute d'analyse, ne saurait juger définitivement la question. Le résultat numérique est souvent loin de représenter le résultat véritable de l'acclimatement. Ainsi, le décroissement d'une population peut s'observer avec un acclimatement absolu. Maurice et la Réunion, si salubres pour la race blanche, voient décroître assez rapidement la population noire. « Dans nos possessions du Sénégal, dit M. Bertillon, il ne peut pour les nègres être question d'acclimatement, ils sont chez eux, et cependant leurs décès y surpassent constamment leurs naissances. » C'est à des causes sociales qu'il faut attribuer cette dépopulation et l'état stationnaire de la même race noire aux Antilles. La mortalité des nègres y est considérable, elle y égale et très-souvent y dépasse le chiffre des naissances.

Pas plus que pour Maurice et la Réunion, la statistique ne saurait prouver que la race africaine ne s'acclimate pas aux Antilles. Nous avons vu en effet que pour elle les influences climatériques sont meilleures, les conditions pathologiques les mêmes que celles du sol natal, et qu'elle échappe à des influences morbides qui, comme la fièvre jaune, pèsent si gravement sur la race européenne. L'acclimatement du nègre était aisément présu-

mable ; plus de deux siècles ont passé sur cette épreuve, et pour ceux qui ont vu le résultat, la question est résolue. La race noire, loin de s'abâtardir, s'est fortifiée et améliorée ; par la lente influence des milieux, elle s'est résumée en un type physiquement et intellectuellement supérieur au type originel : le nègre créole, dur et robuste, à qui ne manquent ni l'étendue ni la finesse de l'esprit, mais qui ne semble pas posséder les hautes aptitudes sociales de l'élément européen.

La race blanche peut-elle vivre impunément sous les tropiques, s'y acclimater complétement et s'y établir d'une façon durable? Au lieu d'embrasser la zone tropicale d'un regard d'ensemble, il faut s'arrêter aux différents pays où des établissements ont été fondés. Les résultats fournis par une expérience plus ou moins longue varient entre eux et autorisent des conclusions diamétralement opposées. Si les excellentes conditions sanitaires de Maurice, de la Réunion, de Taïti sont entièrement favorables à l'acclimatement, les influences inhérentes au sol du Sénégal, de Nossi-Bé, de Mayotte, de certaines parties de la Guyane, terres éminemment palustres, y rendent tout à fait précaires les établissements européens. Aux Antilles, une expérience plus de deux fois séculaire paraît avoir jugé favorablement la question. D'après la statistique, elle ne serait pas douteuse pour les Antilles espagnoles, dont les éléments météorologiques sont les mêmes que ceux des Antilles anglaises et françaises et où la fièvre jaune règne endémiquement. A Cuba, la natalité est supérieure à celle de l'Espagne ; la mortalité y est moindre et à peu près égale à celle de la France, la race espagnole s'y acclimate et prospère. « Il paraît se faire en sa faveur, selon M. Ber-

tillon, un véritable acclimatement par sélection. Tous ceux dont l'organisme n'est pas approprié au climat disparaissent; les autres ne tardent pas à prospérer, à jouir d'une remarquable fécondité en rapport sans doute avec les ressources facilement croissantes de cette perle des Antilles. » M. Bertillon attribue ce résultat à une influence de race, au sang africain, à plusieurs reprises, dans l'histoire, largement infusé dans le sang espagnol.

Dans les petites Antilles, la décroissance de la population blanche démontre-t-elle l'inaptitude à l'acclimatement et à la colonisation des éléments anglo-saxon et français? A la Martinique, en 1740, quatre-vingt-quinze ans après la prise de possession, la population blanche, successivement accrue par l'immigration, s'élève à 15,000 âmes. Elle cesse d'être grossie par l'émigration européenne qu'interrompt la guerre des colonies; elle n'est plus que de 12,000 en 1769. En 1848, elle tombe au chiffre de 9,500. La Guadeloupe offre dans les chiffres successifs de sa population des modifications analogues. Tandis que dans ces deux îles voisines les blancs décroissent, la population de couleur reste stationnaire. Cet état stationnaire n'est nullement lié à une question d'acclimatement. Bien plus, dans des colonies salubres comme Maurice et la Réunion, dans son propre pays, comme le Sénégal, la race noire tend à décroître. Cette dépopulation tient à des causes sociales et politiques.

Les mêmes causes ne peuvent-elles pas expliquer la décroissance de la race blanche? L'histoire coloniale, qui reflète tous les malheurs de la métropole, rend compte de ce résultat. La guerre a interrompu le courant de l'immigration; il s'est aussi détourné vers l'île de Saint-Domingue, dont la prospérité croissante a également

attiré bon nombre de colons des petites Antilles. Depuis cette époque, les révolutions, les guerres, l'occupation anglaise, des causes nombreuses n'ont-elles pas jeté dans la société coloniale des éléments de trouble et d'agitation, et créé une instabilité dont l'abaissement du chiffre de la population blanche a été le résultat ? On sait combien, depuis la révolution française, l'existence des colonies a été soumise à de fréquentes et rudes épreuves. Au nombre des causes qui, dans une certaine mesure, ont contribué à la dépopulation, ne faut-il pas compter l'absentéisme, expression locale qui désigne l'émigration des colons qui, sans esprit de retour, vont se fixer en Europe, émigration que ne compense pas le courant inverse des Européens se rendant aux îles, car c'est la pauvreté qui immigre et la fortune qui émigre?

La mortalité des troupes à la Martinique et à la Guadeloupe ne peut être une objection contre l'acclimatement. La prospérité croissante de Cuba, malgré le chiffre énorme des décès de sa garnison, montre assez qu'on ne saurait trouver dans cette mortalité des garnisons le critérium de l'acclimatement. La dégénérescence de la population créole serait démontrée, d'après Rochoux, qui observait à la Guadeloupe, par ce fait que les familles qui ne sont pas retrempées de temps en temps par un croisement européen ne tardent pas à s'éteindre dès la troisième ou la quatrième génération. C'est ici une assertion qui semble émise légèrement. Celui qui connaît les colonies a en mémoire des faits opposés, des exemples de familles créoles depuis plusieurs générations, sans mélange de sang européen. « Est-il bien rigoureux de conclure, écrit M. Dutroulau, que le croisement avec un nouveau sang européen soit le seul moyen de propaga-

tion que possède cet élément de la population sous les tropiques, comme le pense M. Ramon de la Sagra cité par M. Boudin [1], et qu'on ne trouve pas aux Antilles de famille créole de sang pur remontant au delà de la troisième génération, comme l'a annoncé Rochoux? Cela me semble difficile à bien établir et peu en rapport avec mes propres renseignements. L'existence à la Réunion de la classe des petits blancs, qui descendent la plupart des premiers colons de l'île, cultivent eux-mêmes la terre et ne s'allient qu'entre eux, disent les notices statistiques de la marine; celle de plusieurs petits habitants des hauteurs des Antilles qui sont dans le même cas, semblent prouver que le croisement et les voyages ne sont pas des conditions indispensables de propagation de la race européenne sous les tropiques.... On ne fondera pas non plus ses appréciations sur le défaut de proportion que la statistique constate entre les naissances et les décès, si l'on considère les nombreuses émigrations d'Européens qui ont eu lieu de tout temps, mais surtout depuis une trentaine d'années, soit par l'abaissement de la prospérité des colonies, soit par des événements politiques. »

Le bilan de l'acclimatement doit mettre les bonnes chances en regard des mauvaises. Or, il se trouve quelques conditions favorables pour l'Européen et pour sa postérité. S'il rencontre l'anémie tropicale, la fièvre jaune, les fièvres palustres et la dysenterie, s'il retrouve la phthisie pulmonaire qui ne change pas avec la latitude, du moins n'a-t-il plus à redouter la fièvre typhoïde, la pneumonie et la plupart des affections inflam-

[1] Boudin, *Traité de géographie médicale*, Paris, 1857.

matoires. Aux Antilles, l'enfance est à l'abri de la méningite tuberculeuse, de la scrofule et du rachitisme. Ces deux dernières maladies n'étiolent jamais les générations légèrement affaiblies seulement par l'anémie. La vue y est rarement attristée par le spectacle des infirmités et des difformités. Si la conscription était établie aux Antilles, elle n'aurait probablement que peu de sujets à réformer parmi les populations blanches et de couleur. Il est difficile de trouver dans la constitution et la taille des individus un indice de dégénérescence. C'est sans doute à l'action de la lumière favorable à l'évolution du corps qu'il faut attribuer la disparition de ces manifestations morbides. Telle est l'opinion de de Humboldt [1], qui dit en parlant des Chaymas : « Hommes et femmes ont le corps très-musculeux, mais charnu, à formes arrondies. Il est superflu d'ajouter que je n'ai vu aucun individu qui ait une difformité naturelle ; je dirai la même chose de tant de Caraïbes, de Muycas, d'Indiens mexicains et péruviens que nous avons observés pendant cinq ans. Ces difformités du corps, ces déviations sont infiniment rares dans certaines races d'hommes, surtout chez les peuples qui ont le système dermoïde fortement coloré. »

[1] *Voyage aux régions équinoxiales*, 1814, in-4°, p. 471.

CHAPITRE II.

ANÉMIE.

Dans les régions intertropicales, l'anémie est le fond de la plupart des maladies. A elle seule, elle constitue un état pathologique extrêmement fréquent, souvent très-grave, et qui affecte les différents âges et les races diverses, les races tropicales surtout. Elle s'observe avec toutes ses nuances et tous ses degrés. Elle est légère et cadre avec les conditions ordinaires de la santé, ou bien elle est profonde et comprend les plus graves désordres, et implique les plus grands périls. Entre ces deux états extrêmes se déroule la longue chaîne des états intermédiaires.

Les causes sont plus variées et plus intenses sous la zone torride. Les conditions physiologiques qui entretiennent le sang à son état de composition normale sont rompues pour l'Européen qui vient habiter cette zone. Il n'a plus besoin d'un sang aussi riche et d'une respiration aussi active ; il n'a plus à produire une aussi grande somme de calorique pour résister à un climat plus ou moins âpre ou rigoureux ; il n'a qu'à s'accommoder au nouveau climat et à s'y laisser vivre en quelque sorte.

Aussi les conditions physiologiques primitives qui, en présence des conditions climatériques actuelles, seraient un réel danger, tendent-elles à se modifier de plus en plus. La respiration devient moins active dans une atmosphère d'autant moins oxygénée qu'elle est plus chaude; les forces digestives s'alanguissent, et ces deux causes

tendent à altérer la composition du sang. Tandis que le rôle physiologique du poumon et du cœur diminue, ce qui explique la rareté de leurs états morbides aigus, certaines fonctions s'exagèrent ; la sécrétion du foie devient plus active et la transpiration plus abondante. De cette exaltation fonctionnelle du foie résulte la fréquence de ses lésions. De la suppression de cette grande fonction de la transpiration découlent des états morbides différents qui retentissent plutôt sur les organes abdominaux que sur les organes thoraciques. L'exagération des sécrétions contribue, dans une certaine mesure, à amener progressivement l'anémie qui, lorsqu'elle ne dépasse pas un certain degré, semble physiologique, parce qu'elle permet à l'organisme de se plier mieux aux influences du climat.

Ces influences déprimantes favorisent le passage de l'état physiologique à l'état morbide par une gradation ordinairement lente ; elles tendent à maintenir et même à exagérer l'anémie qui est la conséquence nécessaire de toutes les maladies aiguës ou chroniques. Il est des individus réfractaires, européens, créoles blancs, mulâtres, qui présentent tous les attributs du tempérament sanguin et dont les maladies prennent le cachet inflammatoire. Ils résistent aux influences morbides comme aux influences météorologiques du climat. Ils ne forment d'ailleurs qu'une minime exception.

Si l'anémie est plus commune chez le nègre, malgré sa résistance autrement grande que celle du blanc aux causes météorologiques et morbides, cette différence tient uniquement à l'infériorité de ses conditions hygiéniques. La plus grande partie de la population des villes et des campagnes vit de farine de manioc, de poissons frais et salés, de racines féculentes et de fruits. Le riz, si

peu nutritif, même sous un volume considérable, est l'aliment de prédilection du coolie de l'Inde. Aussi, chez les races tropicales, l'alimentation peu réparatrice, quelquefois même insuffisante, occasionne l'anémie et l'entretient lorsque d'autres causes l'ont amenée. Pour un grand nombre, les habitudes alcooliques, l'abus surtout du tafia, ne sont pas étrangers à l'étiologie. Faut-il, avec M. le docteur Duchassaing[1], compter au nombre des causes chez le nègre l'usage d'eaux de mares, lesquelles renferment une masse de substances végétales en putréfaction?

Dans la race blanche, la seconde enfance m'a semblé plus prédisposée à l'anémie que la première. Aux Antilles, l'enfant est généralement beau ; quoique un peu pâle, il a les chairs fermes, et le milieu dans lequel il vient lui semble tout à fait favorable et n'exige pas des précautions, des vêtements multipliés qui le défendent contre les influences extérieures. Il s'élève au contraire au contact de ces influences. Celles-ci, toutefois, ne lui fournissent pas les éléments de force nécessaires, à mesure qu'il grandit. La lumière si intense de ces climats prévient et empêche les manifestations strumeuse et tuberculeuse. Mais, bien que la croissance soit souvent hâtive, l'enfant s'étiole parfois, est toujours plus ou moins anémique ; et la seconde enfance tient rarement les promesses de la première.

Le sexe féminin m'a paru prédisposé à l'anémie dans toutes les races qui forment la population. La chlorose ménorrhagique n'est pas rare à observer. Toutes les pertes de sang un peu notables, qu'elles proviennent de la métrorrhagie ou de quelque blessure accidentelle, qu'elles

[1] *Gazette médicale de Paris*, 1850, n° 38, p. 684. (Étude sur la maladie paludéenne.)

soient dues à des applications de sangsues, à une saignée, à une opération chirurgicale, exposent à l'anémie consécutive. Elle succède aisément aux hémorrhoïdes fluentes, affection assez commune aux Antilles. Toutes les maladies graves, endémiques ou autres, la fièvre intermittente, les fièvres éruptives, l'hépatite, la dysenterie et la diarrhée chronique, laissent après elles un état anémique plus ou moins grave et rebelle. L'importance que Beau attachait à l'anémie globulaire comme symptôme secondaire de la dyspepsie se vérifie aisément dans les états morbides variés qu'offre le tube digestif dans les pays chauds. Ces perversions du goût, connues sous les noms de *pica* et de *malacia*, la géophagie, surtout chez la race nègre, qu'elles soient effets ou causes, entretiennent l'anémie, qui se montre alors avec ses symptômes les plus accusés et les plus redoutables.

L'observation suivante présente les principaux traits de la maladie arrivée à sa période la plus grave :

N***, nègre, âgé de trente ans ; pas de fièvre intermittente ni d'excès alcooliques. Face infiltrée ainsi que les paupières, ce qui fait paraître les yeux très-petits ; la langue, la muqueuse des lèvres sont d'un gris blanchâtre ; la peau est sèche, et sa coloration, de noire et brillante, est devenue terne et d'un noir verdâtre et sale. Le ventre est très-développé ; l'ombilic proémine, distendu par l'épanchement ascitique ; la verge et le scrotum sont infiltrés ; les membres inférieurs envahis par l'œdème ; la matité s'élève dans l'abdomen au-dessus de l'ombilic ; la fluctuation est manifeste. La rate ne déborde pas les fausses côtes. L'impulsion cardiaque est énergique ; les artères du cou sont le siége de battements qui soulèvent les tissus ; le pouls est fort et plein ; bruit de souffle doux au premier temps se propageant dans les carotides. Pal-

pitations, essoufflements, sensation de battements dans la tête, lipothymies, vertiges, lenteur des mouvements, apathie extrême, sensibilité aux variations de la température. Quelques légers accès fébriles et diarrhée légère dans les derniers temps. La maladie datait d'une année et, malgré une médication incomplète et mal suivie, était arrivée progressivement aux dernières conséquences de l'hydrémie. La mort fut déterminée par une syncope.

L'anémie imprime sur le visage un cachet particulier dont les traits varient selon les races. Chez la femme de race blanche qui vit à l'ombre, dans l'intérieur des maisons, la chloro-anémie offre les mêmes teintes ou plutôt les mêmes décolorations que dans les pays tempérés. Chez le Blanc européen ou créole hâlé par le soleil, c'est une pâleur jaunâtre. Chez le Nègre et l'Indien, la coloration noire perd de son brillant ; elle prend un ton verdâtre, et dans les parties infiltrées une demi-transparence. La peau tout entière offre quelquefois une teinte d'un noir jaunâtre et sale ; la blancheur sale de la paume des mains tranche sur la couleur du reste de la peau. Lorsque l'anémie est profonde, l'aspect du malade, quelle que soit sa race, devient effrayant. Les muqueuses sont alors d'une pâleur extrême, la conjonctive prend une teinte bleuâtre ; le bord libre des paupières, un aspect laiteux ; la langue est d'un blanc sale, et la décoloration des lèvres peut être telle, qu'il est malaisé tout d'abord d'en reconnaître les contours, dont la nuance s'est fondue dans celle de la peau environnante. Ce cachet se retrouve chez les hommes de toutes les races ; je l'ai surtout rencontré sur de malheureux immigrants, venus de Madère.

Lorsque l'altération du sang est profonde, les troubles

de la circulation sont très-marqués. L'auscultation du cœur transmet un bruit de souffle doux appréciable aux carotides ; les pulsations cardiaques se perçoivent distinctement même à la partie latérale droite de la poitrine ; elles sont énergiques quelquefois comme dans l'hypertrophie ventriculaire; les pulsations des carotides sont appréciables à la vue. Le pouls radial, ordinairement précipité et facile à déprimer dans le principe, devient large et plein. Les troubles de la respiration sont parallèles; d'abord gênée, elle est de plus en plus courte, pénible, accompagnée de râles sibilants et, à la base de la poitrine, de râles muqueux dus à l'œdème pulmonaire. Le malade accuse alors de la céphalalgie frontale, des étourdissements, des sifflements dans les oreilles, des battements dans la tête, des essouflements au moindre mouvement, d'atroces battements de cœur et quelquefois des lipothymies. Ces divers symptômes proviennent de l'hydrémie, et, lorsqu'ils sont très-accusés, de cet état décrit par Beau sous le nom de *pléthore séreuse.*

C'est aussi cet état du sang qui rend compte des différentes hydropisies. Elles ne sauraient être attribuées à des obstacles mécaniques comprimant les vaisseaux, à des tumeurs viscérales. Dans la plupart des cas, aucun viscère n'est affecté; la rate et le foie sont normaux ou à peine hypertrophiés. C'est la surabondance de sérosité dans le liquide qui remplit et distend même les vaisseaux, qui cause l'œdème et l'ascite. Une légère bouffissure occupe la face, la paupière supérieure surtout ; les yeux sont rapetissés en apparence, humides et brillants; l'œdème qui occupe les malléoles et disparaît par le décubitus horizontal, finit par devenir permanent et par envahir le membre inférieur en partie ou en totalité. L'in-

filtration peut occuper le scrotum, et distendre l'ombilic, souvent proéminent chez le nègre. La région épigastrique est tendue et ballonnée; la cavité abdominale contient un épanchement ascitique, plus ou moins considérable, pouvant s'élever même au-dessus de l'ombilic. Quelquefois, et dans les derniers temps de la maladie dont la terminaison est alors hâtée, il survient un épanchement pleural abondant.

Si les épanchements séreux sont fréquents, les hémorrhagies sont rares dans l'anémie, circonstance due évidemment à l'état du sang, qui ne permet pas aux congestions locales de se produire. Mais les hémorrhagies accidentelles sont à redouter, parce qu'elles sont difficiles à réprimer, et qu'elles aggravent encore l'état des malades. Dans les opérations d'urgence, on est surpris de la multiplicité des ligatures qu'il faut faire chez certains anémiques. Les troubles de la menstruation sont liés intimement à l'anémie. Chez un certain nombre de femmes, on constate cette forme de la chlorose désignée par M. Trousseau sous le nom de *chlorose ménorrhagique.* Les caractères de la chlorose ont précédé la métrorrhagie, conséquence ici et non pas cause de l'état morbide. Aux époques menstruelles plus ou moins avancées seulement, l'écoulement sanguin se fait avec plus d'abondance et dure plus longtemps; le sang est aqueux, sale quelquefois, tachant à peine le linge. Mais le plus ordinairement, la chloro-anémie, loin d'augmenter le flux menstruel, en retarde la première apparition, ou, s'il existe, en modifie les retours; les règles diminuent, deviennent irrégulières, s'accompagnent d'hystéralgie, sont pâles, aqueuses et finissent par se supprimer. La métrorrhagie, la dysménorrhée et l'aménorrhée se com-

pliquent souvent de leucorrhée qui aggrave les troubles digestifs, et, par conséquent, l'état chloro-anémique; et ainsi se constitue le cercle pathologique vicieux dans lequel l'économie se débat.

Les troubles digestifs qui souvent ont amené l'anémie, qu'ils entretiennent ensuite, tendent à s'aggraver de plus en plus à mesure que celle-ci se prononce. L'appétit diminue; l'appétence pour les aliments de haut goût le remplace, et plus tard l'indifférence devient complète; le malade semble n'avoir plus ni la force ni le désir de s'alimenter. La soif est ordinairement très-vive. Les urines ne sont pas en rapport avec la quantité des boissons ingérées; elles sont rares et sédimenteuses. La constipation s'observe quelquefois au commencement; la diarrhée est une complication très-fréquente qui rend le traitement difficile, et contribue à épuiser le malade.

On rencontre, dans certains cas, en même temps que l'inappétence, les nausées et les vomissements, des douleurs plus ou moins vives siégeant à l'estomac. Ces douleurs gastralgiques et entéralgiques s'accompagnent souvent de perversions du goût. L'association fréquente de ces symptômes chez le nègre a été considérée comme une entité morbide, et décrite comme une névrose gastro-intestinale particulière aux pays intertropicaux, affectant exclusivement les races colorées, et s'accompagnant d'un état cachectique, caractérisé par la tendance aux suffusions séreuses. Cette maladie a été décrite sous différents noms, tels que *mal-cœur* ou *mal d'estomac des nègres*, *cachexie africaine*. A mon sens, cette entité morbide n'a pas de raison d'être. Le mal d'estomac n'est pas exclusif à la race nègre. Aux Antilles, on peut l'observer chez le mulâtre, chez le blanc, chez des émigrants de

Madère, chez des coolies de l'Inde et de la Chine. S'il y est plus fréquent chez la race nègre, le nombre plus considérable de celle-ci et les mauvaises conditions d'hygiène sont seuls causes de cette fréquence relative.

Dans les pays tempérés, la chloro-anémie est souvent accompagnée de viscéralgies, et détermine ces appétits bizarres connus sous les noms de *pica*, de *malacia*. Le mal-cœur n'aurait pas, d'après moi, une autre étiologie. Seulement, sa symptomatologie serait exagérée et plus nettement accusée. Ces caractères plus prononcés tiendraient aux conditions éminemment déprimantes des climats tropicaux, et au défaut de résistance des individus plus ou moins enclins naturellement à l'anémie. La fréquence de la maladie est proportionnelle à la sévérité des conditions climatériques. Plus on s'éloigne de l'équateur, plus, toutes choses égales d'ailleurs, le mal d'estomac devient rare. Les viscéralgies, les appétits bizarres et dépravés sont liés à l'anémie d'une façon étroite. Ce sont primitivement des effets qui deviennent causes à leur tour. L'ingestion de substances non alibiles, délétères, comme le sable, le plâtre, l'argile, aggrave la chloro-anémie ; l'altération consécutive et profonde du sang se traduit par l'état cachectique le plus grave, avec des suffusions dans le tissu cellulaire et les membranes séreuses.

Cette perversion du goût qui porte à manger des substances non alimentaires, ou l'*allotriophagie*, s'observe plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, et n'est pas rare chez les enfants. Chez les jeunes négresses, la première apparition de la menstruation ou son rétablissement, en modifiant l'état chloro-anémique, fait disparaître ce symptôme. Ces appétits bizarres cessent quelquefois aussi chez le négrillon au moment de la pu-

berté. Les substances les plus insipides ou les plus dégoûtantes, le charbon, la cendre, le papier, les chiffons, la sciure de bois, des cheveux, sont recherchés avec avidité par les malades. Ils ont pour la terre, quelle que soit sa composition, argileuse, siliceuse ou calcaire, une prédilection marquée. Ni les conseils, ni les menaces, ni la répression ne peuvent les empêcher de se livrer à la géophagie, qui est alors une passion impérieuse. J'ai vu un enfant nègre quitter son lit de mort, se traîner sur le sol, et le gratter avec les ongles pour assouvir une dernière fois cette triste faim.

La chloro-anémie s'accompagne ordinairement de quelques troubles du système nerveux. C'est une céphalalgie intense et fatigante par sa ténacité, ou bien c'est une tendance marquée au sommeil ; ce sont des douleurs vagues, se faisant sentir principalement dans les parois de la poitrine et de l'abdomen, et dues à des névralgies intercostale et lombo-abdominale ; ce sont des fourmillements à la plante des pieds et dans les jambes, et des sensations de froid aux membres inférieurs surtout.

Les malades qui ont ainsi lentement descendu tous les degrés de l'anémie finissent par arriver au marasme. Ils ont une toux sèche, de l'amaigrissement, une faiblesse extrême ; leur peau est terreuse ; la transpiration, si active dans les pays chauds, ne se fait plus ; l'urine est rare et épaisse. La sensibilité au froid et l'apathie sont telles, qu'on voit ces malheureux se traîner péniblement pour se coucher en plein soleil, et rester sous ses rayons ardents de longues heures dans la même immobilité. Le visage est tuméfié ; les membres inférieurs sont distendus par l'œdème, l'ascite est considérable. Les palpita-

tions du cœur sont violentes, l'essoufflement est provoqué par le moindre mouvement : la gêne respiratoire est continuelle ; il y a des lipothymies et des syncopes très-graves. Des épanchements séreux dans la plèvre et dans le péricarde hâtent la terminaison, qui a souvent lieu par une syncope. Des troubles cérébraux sont déterminés par l'épanchement séreux arachnoïdien qui se produit. La mort survient de trois manières : soit par l'effet des suffusions séreuses viscérales, soit à la suite d'une diarrhée colliquative, soit, et cette dernière circonstance est plus rare, à la suite d'accès pernicieux, faciles à méconnaître et à passer même inaperçus au milieu de ces graves désordres.

« Cette maladie, dit M. Levacher[1], varie dans sa durée, suivant le sexe, l'âge et le tempérament des malades ; elle est plus funeste pour les hommes que pour les femmes, et l'est rarement pour les enfants. Elle peut se terminer au bout de quelques mois, et se prolonger pendant des années entières ; elle peut encore, après avoir disparu, renaître peu de temps après sous l'influence des mêmes causes qui l'avaient d'abord produite. Son pronostic est rarement heureux, et quelquefois la mort vient tout à coup tromper toutes les prévisions. »

La marche de l'anémie est variable, ordinairement progressive et lente, rapide quelquefois. Celle qui succède à une perte de sang, à la métrorrhagie, aux flux hémorrhoïdaires, à une maladie aiguë, peut s'établir rapidement. L'anémie spontanée est chronique dès le début ; sa durée, difficile à préciser, peut être indéterminée. A moins

[1] *Guide médical des Antilles*, in-8°, Paris, 1847, p. 255.

qu'elle ne soit liée à la menstruation, et qu'elle ne disparaisse après l'établissement régulier de cette fonction, l'anémie, sous les tropiques, n'a aucune tendance à se dissiper d'elle-même. Chez certains sujets, elle dure toute la vie, constituant ainsi une cause permanente qui les expose à subir d'une manière fâcheuse les diverses influences morbides. Aussi le pronostic est-il sérieux à cause des accidents mortels déterminés par l'anémie et aussi par les conditions mauvaises qu'elle entraîne. Si elle tend à guérir par une médication et une hygiène appropriées, dans beaucoup de cas, lorsqu'elle a duré un certain temps et déterminé des altérations profondes, elle résiste à tout traitement. Alors, après plusieurs alternatives, l'amélioration s'efface définitivement, les symptômes ne font plus que s'aggraver, et l'on observe entre certains d'entre eux une fâcheuse alternance. La diarrhée, souvent liée à l'anémie, fait disparaître l'ascite et les autres hydropisies, qui se reproduisent dès qu'elle cesse. De là, un cercle d'où le malade ne peut plus sortir, et cet état peut se prolonger des mois et des années même pour aboutir presque fatalement à la mort.

Il est rare que la chloro-anémie soit, pendant toute sa durée, dépourvue de complications. Celles qu'on observe ordinairement sont des accidents paludéens. La diarrhée, ainsi que nous le dirons plus amplement, est une affection endémique aux Antilles, et un symptôme ultime de presque tous les états graves et prolongés. Parfois elle succède à la dysenterie, souvent elle s'établit d'emblée. Liée à l'anémie, elle l'aggrave et contribue à avancer la terminaison fatale.

Dans les régions tropicales, toutes les causes qui affaiblissent l'organisme favorisent la complication pa-

lustre. La fièvre est à redouter dans tous les états morbides ; elle tend à les compliquer et à les aggraver tous. La chloro-anémie est un terrain préparé pour ses manifestations multiples. Les accès, lorsque la maladie est avancée, se traduisent par une chaleur brûlante et par un pouls plein et vibrant, donnant 120 ou 130 pulsations; ils augmentent la gêne respiratoire, et amènent des accidents de suffocation. Les accidents palustres, loin d'être réguliers, affectent ces formes larvées si multiples et si bizarres qui dissimulent souvent l'élément pernicieux. Dans certaines conditions, l'anémie profonde et la cachexie palustre arrivent à se confondre. Dans des localités marécageuses, comme les parties basses des Antilles et la Guyane, les influences déprimantes du climat aggravent les troubles dyspeptiques, et déterminent rapidement l'anémie. Incapables de résister aux miasmes qui les environnent, les anémiques en subissent la profonde influence et, sans même avoir offert d'accès fébriles nettement accusés, arrivent par degrés à la cachexie paludéenne, qui n'est au fond qu'une anémie de forme spéciale.

Le diagnostic différentiel de l'anémie profonde de cause générale et de l'anémie de cause palustre ne saurait être établi si, pour s'éclairer, on ne pouvait remonter à l'étiologie. La symptomatologie est en effet la même ; quelques traits à peine plus accusés dans un cas que dans l'autre. Même habitude extérieure, même décoloration, mêmes troubles digestifs, circulatoires et respiratoires, mêmes accidents cérébraux et névralgiques, mêmes complications et terminaisons. La marche de l'œdème et des épanchements ascitiques, pleurétiques, péricardiques et cérébraux, ne diffère pas; seulement,

l'ascite ne prend pas dans la cachexie palustre les proportions qui nécessitent quelquefois la paracentèse dans l'anémie. Dans les deux cas, c'est à la même cause, l'altération du sang, que doivent être rapportées les hydropisies du tissu cellulaire et des cavités séreuses. L'hypertrophie de la rate et du foie sert à reconnaître dans certaines circonstances l'influence paludéenne ; mais ce sont des signes inconstants qui peuvent avoir disparu lorsque l'examen est fait, ou qui même n'ont jamais existé. Comme les hydropisies, le gonflement de la rate disparaît quelquefois par suite d'évacuations abondantes. Les altérations spléniques, même dans la cachexie palustre confirmée, ne sont souvent ni profondes, ni aisées à constater. La rate n'est pas toujours engorgée, elle est plus souvent contractée, ratatinée, et M. Laure [1] l'a vue réduite aux dimensions d'une languette mince. Le diagnostic différentiel, sur lequel nous devrons revenir en parlant de l'endémie paludéenne, n'a d'ailleurs qu'un intérêt médiocre au point de vue du traitement.

Il est difficile de confondre la chloro-anémie, même la plus complète, avec la cachexie qui succède à la dysenterie et à la diarrhée. Ce qui caractérise celle-ci, c'est la sécheresse des tissus ; ce qui distingue celle-là, c'est la tendance aux infiltrations, aux suffusions séreuses. Dans la cachexie dysentérique, l'abdomen, dont la paroi antérieure est amincie, prend une forme évidée qui laisse saillir les épines iliaques antérieures et permet à la main de toucher la colonne vertébrale et de percevoir les battements de l'aorte. Dans quelques cas, un léger épanchement ascitique modifie cette forme, épanchement

[1] *Maladies de la Guyane.* Paris, in-8°, 1859.

qu'expliquent l'altération du sang et l'atrophie du foie et qui alterne avec les accidents diarrhéiques. Ordinairement il n'existe pas de collection liquide ; les malléoles seules sont infiltrées. Contrairement à la cachexie palustre et à l'anémie profonde, la cachexie dysentérique est sèche et ne dépose pas de sérosité sous la peau.

Le diagnostic de l'anémie n'offre pas de difficultés. Il est aisé, dans les antécédents, de remonter au point de départ, premier anneau de la chaîne des symptômes qui se lient entre eux comme les conséquences d'un fait. Un examen superficiel pourrait seul exposer à faire prendre la chloro-anémie pour une affection organique du cœur, et à faire rapporter à des lésions cardiaques les palpitations, la dyspnée et les infiltrations. L'étiologie, la marche et l'ensemble des symptômes, et l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux lèveront aisément toute incertitude.

Chez les sujets qui succombent aux progrès de la chloro-anémie, on trouve à l'autopsie de la sérosité dans les plèvres, le péricarde et les ventricules cérébraux. Le cerveau ne présente pas de lésion apparente. Les poumons sont flétris, d'une pâleur extrême, presque blancs. Ils présentent au sommet, chez quelques-uns, des granulations et des tubercules à divers degrés, lésions qui sont sans doute consécutives à la cachexie et en rapport avec la toux sèche qui existe à une période avancée de la maladie. Le cœur est flasque, décoloré, noyé quelquefois dans le sérum ; il a subi, dans certains cas, un commencement d'hypertrophie liée à l'énergie des battements cardiaques observés.

Le tissu cellulaire et les muscles sont pâles et comme lavés ; les muqueuses ont le même aspect. Le péritoine

contient toujours une notable quantité de sérosité ; l'estomac est mou et décoloré ; les intestins sont pâles et comme transparents. La muqueuse gastrique est pâle et recouverte d'un enduit glaireux ou pultacé ; la muqueuse intestinale, exsangue, infiltrée, montre çà et là des arborisations vasculaires mieux dessinées dans le gros intestin, produites sans doute par le contact irritant des substances non alimentaires ingérées, et qui se retrouvent dans les replis et les diverses portions du tube digestif.

Le foie est anémié ; il a souvent son volume normal ; sa coupe est sèche, jaunâtre, peu marbrée. La vésicule biliaire est petite, revenue sur elle-même, et la bile qu'elle contient en petite quantité est aqueuse ou de couleur jaune clair. Les lésions hépatiques varient d'ailleurs suivant que la chloro-anémie a eu pour complication la diarrhée chronique ou l'impaludation. Dans le premier cas, on trouve la glande hépatique diminuée de volume et présentant l'aspect et les caractères de l'atrophie chronique. Dans le second cas, le foie, la rate et les ganglions mésentériques sont plus ou moins tuméfiés. La tuméfaction splénique peut manquer cependant dans des cas où l'influence paludéenne n'est pas douteuse. Dans la chloro-anémie sans complication palustre, la rate décolorée conserve son volume ordinaire ou subit une atrophie plus ou moins prononcée.

Le sang, profondément altéré, est aqueux et décoloré ; celui qu'on trouve dans les vaisseaux ressemble à la sérosité rougeâtre de certains épanchements. « Jobim et Dons[1] signalent l'existence, sur le caillot, d'une couenne

[1] Fonssagrives et Le Roy de Méricourt : *Du mal-cœur ou mal d'estomac des nègres* (*Archives de médecine navale*, 1864, t. I, p. 362).

inflammatoire, caractère que présente également, chacun le sait, le sang des chlorotiques; il est dû uniquement, ainsi que l'ont si bien démontré MM. Andral et Gavaret, à la prédominance des proportions de la fibrine sur celles des globules, et n'implique nullement l'idée d'une affection phlegmasique. Jobim analysant comparativement le sang d'un individu paralysé mais bien portant, et celui d'un noir atteint d'hypohémie tropicale (mal-cœur), a constaté, chez ce dernier, une couenne inflammatoire avec mollesse du caillot et diminution très-sensible de la fibrine et des matériaux solides du sérum. L'abaissement du chiffre des globules n'est pas signalé, mais il est évidemment sous-entendu. »

La diminution des globules est le caractère anatomique essentiel de l'anémie spontanée. La fibrine et l'albumine du sérum ne diminuent pas ou ne diminuent qu'assez tard. L'aglobulie, depuis les travaux de MM. Andral et Gavaret, est le type chimique de l'anémie, le point de départ d'une série d'accidents morbides nettement définis. L'hydrémie est ordinairement la conséquence de l'aglobulie, à laquelle elle est associée dans la plupart des cas.

« En dehors de l'anémie totale et de l'aglobulie, dit M. le professeur Sée [1], l'hydrémie peut-elle exister d'une manière primitive? Il est des cas d'anémies spontanées, de chlorose, où la quantité d'eau est manifestement en excès avant que le chiffre des globules soit atteint; c'est du moins l'avis de Bouillaud, qui distingue cet état sous le nom d'*hydrémie;* c'était aussi l'opinion de Beau, dont la science déplore la perte récente : cet éminent médecin

[1] *Leçons de pathologie expérimentale*, premier fascicule : *Du sang et des anémies*. Paris, 1866, in-8°, p. 41.

considérait la pléthore séreuse comme le vrai caractère chimique des anémies. »

Outre cette hydrémie simple, il existe un autre état plus grave, désigné par quelques auteurs sous le nom d'*hydrémie vraie*, et dans lequel le sang très-aqueux a perdu de son albumine. La désalbuminémie, ainsi que le fait remarquer M. Sée, n'est jamais une lésion isolée, mais une altération liée à d'autres qui entraînent les plus graves désordres dans l'économie, particulièrement des transsudations du sérum à travers les tissus cellulaire et séreux. La déperdition des albuminates offre des variations importantes. A l'état normal, l'ensemble des principes protéiques est de 79 pour 1000 ; dans ce nombre, la fibrine coagulable figure pour 3 1/2 ; la fibrine dissoute pour 22 ou 23, et l'albumine du sérum ou sérine pour 53. En prenant le chiffre classique de 75, qui confond la fibrine fluide et la sérine, on peut dire que la désalbuminémie commence chaque fois qu'il tombe à 60 ou à 55.

« La diminution de l'albumine coïncide toujours, dit M. Sée [1], avec une augmentation équivalente des sels et de l'eau. Par cela même que le sang pauvre en albumine devient en même temps très-aqueux, il y a là une première condition favorable à l'exosmose; l'eau chargée de matières salines se prête plus facilement encore à la transsudation ; en passant à travers les tissus, elle entraîne une certaine quantité d'albumine ; or, en comparant ce liquide avec celui de l'hydropisie, on arrive à constater leur identité, sauf quelques changements quantitatifs produits par les tissus eux-mêmes.

« Aussi la désalbuminémie, arrivée au degré de 60

[1] *Loc. cit.*, p. 43.

ou 55, constitue toujours, quel qu'ait été son point de départ, une imminence morbide aux transsudations du sérum, c'est-à-dire aux hydropisies. Puis, quand celles-ci se développent, elles contribuent à leur tour à dépouiller le sang de son albumine, de manière à devenir elles-mêmes une nouvelle source indirecte d'hydropisies. »

Dans ces anémies profondes des régions tropicales, suivies de complications, comme l'œdème considérable des membres inférieurs et la diarrhée, les déperditions d'albumine causées par la diarrhée et par les infiltrations séreuses dépouillent le sang de ses matières plasmatiques. A l'aglobulie succède la désalbuminémie, et l'hydrémie vraie arrive par degrés à la plus profonde cachexie. Dans un grand nombre de circonstances, l'anémie n'existe pas seule; elle est aggravée par l'intoxication paludéenne. Le miasme, remarque M. Sée[1], n'agit qu'à la manière des autres poisons, c'est-à-dire sur l'une des glandes vasculaires, et consécutivement sur le sang. La rate ne fonctionne que d'une manière vicieuse et incomplète ; elle ne forme qu'une quantité insuffisante de globules blancs et d'hématies. Il serait à désirer que des analyses du sang fussent faites dans les anémies des pays chauds. Elles ajouteraient un chapitre intéressant à l'hématologie.

La guérison de la chloro-anémie est souvent aisée, d'autres fois très-difficile, impossible même dans certains cas ; dans d'autres circonstances, on n'obtient que des améliorations qui durent un temps plus ou moins long. Ces différences tiennent à des circonstances variées, dont la principale est le degré plus ou moins avancé de la

[1] *Loc. cit.*, p. 194.

maladie. L'influence déprimante d'un climat constant ne peut que tendre à aggraver l'anémie. Lorsque celle-ci est rapprochée de son début, qu'elle est constituée par l'aglobulie, une alimentation réparatrice, des boissons toniques, du vin, des préparations martiales, le quinquina, la gentiane, les bains frais, les bains de mer, l'hydrothérapie, le massage, l'exercice, une hygiène bien entendue, amèneront une guérison plus ou moins prompte et complète. Le malade reviendra la plupart du temps au degré d'anémie compatible avec les conditions de la santé dans les climats brûlants. Difficilement et rarement, il dépassera ce degré pour tendre vers l'état pléthorique.

Le traitement de la chloro-anémie ne diffère nullement, au fond, dans les régions chaudes et dans les régions tempérées. Les accidents de diarrhée, plus fréquents et plus intenses, exigent une intervention active, mais souvent inefficace, opposée à la rapide et profonde aggravation qu'ils produisent dans l'état anémique. Les accidents fébriles nécessitent l'administration du sulfate de quinine et une surveillance justifiée par la gravité de cette complication. Que l'impaludation aggrave l'anémie ou que celle-ci soit exempte de complication, l'homme de race européenne qui en est atteint ne doit pas s'obstiner à chercher à guérir en dépit des conditions climatériques qui pèsent sur lui. Il ne doit pas attendre que les suffusions séreuses dénoncent une cachexie imminente, incurable souvent lorsqu'elle est déclarée. Si elle est possible, il aura, dans l'émigration vers les contrées froides ou tempérées, le moyen curatif le plus rapide et le plus certain. Il ne faut pas oublier que les progrès de l'anémie sont souvent très-prompts chez l'Européen, et

que l'opportunité peut cesser vite dans certains cas.

L'incurabilité de l'anémie pour les races tropicales résulte généralement de l'infériorité de leur alimentation, de leurs mauvaises conditions hygiéniques et de leurs tristes conditions sociales. Ces influences, qu'il est si difficile de modifier, et même d'atténuer, expliquent les fréquents insuccès du traitement. Lorsqu'à l'aglobulie a succédé l'hydrémie, c'est encore aux préparations martiales et toniques et aux moyens de l'hygiène qu'on a recours. M. le docteur Levacher [1] recommande un vin composé de 16 grammes de quinquina, 16 grammes de racine de gentiane, 2gr,40 de carbonate de fer et 1gr,50 de nitrate de potasse pour un litre de madère, à la dose de deux ou trois petits verres par jour. La plupart des tisanes et autres remèdes populaires contre le mal d'estomac contiennent du fer, des substances amères, toniques et diurétiques. Au Brésil, d'après Sigaud [2], les fermiers emploient diverses plantes amères : la *columba*, le *quassia*, la *calunga*, la *fedegosa*, la *butua*. Les complications de l'anémie profonde, les hydropisies, l'ascite, la diarrhée, font naître des indications spéciales. Nous indiquerons ultérieurement, en parlant de ces états morbides, les moyens qui doivent leur être opposés.

Une autre cause d'insuccès, c'est la diarrhée, que provoque ou aggrave dans l'anémie l'administration des préparations martiales. C'est l'écueil du traitement. Trop souvent, dans la pratique, le médecin est désarmé alors que l'indication est précise, et il est obligé de renoncer aux préparations de fer après les avoir inutilement variées et associées aux substances astringentes et absorbantes.

[1] *Loc. cit.*, p. 447.

[2] *Climat et maladies du Brésil*, Paris, 1844, p. 129-317.

CHAPITRE III.

ENDÉMIE PALUDÉENNE.

ARTICLE I. — Fièvres paludéennes.

L'influence paludéenne s'exerce dans les régions tropicales avec une énergie qu'elle n'atteint jamais dans les régions tempérées. Ses manifestations sont plus rapides, plus profondes, plus dangereuses; c'est une influence permanente avec des retours d'énergie qui cause l'insalubrité de la zone torride. L'élément morbide n'est pas tangible; il échappe à l'examen physique et à l'analyse chimique ; son seul réactif est l'économie, et c'est par la série des désordres qu'il y produit, série variée, mais déterminée d'avance par l'observation, que son existence est attribuée par induction à une influence palustre dont le rapport se trouve être constant. Le nom de miasme palustre, qui désigne cet agent morbide inconnu, le spécifie peut-être trop pour les régions torrides, où le marais se rencontre cependant avec toute son influence, mais où des fièvres graves s'observent aussi dans des localités où le marais ne se trouve pas. C'est du sol que ces effluves s'exhalent; les seules conditions météorologiques ne les produisent pas; ainsi, malgré leur climat brûlant, Taïti et la Réunion ne subissent pas l'influence paludéenne. Aux Antilles, divisées en terres alluvionnaires et en terres hautes ou volcaniques, l'endémie palustre règne inégalement, ici moins grave et moins constante, là dans sa permanence et son activité. Dans ces localités monta-

gneuses, les fièvres endémiquement et épidémiquement observées doivent-elles être attribuées aux vents qui ont passé sur les terrains marécageux distants de plusieurs lieues? Le miasme s'exhale-t-il des terres remuées par les travaux de la culture ou se dissémine-t-il dans l'air par l'évaporation des eaux souterraines qui rencontrent les alluvions profondes reposant sur les couches volcaniques? L'influence de la lumière et de la chaleur active le mouvement de décomposition des corps; aussi, les barrages qui se forment à l'embouchure de quelques cours d'eau peu rapides, les flaques d'eau que laissent en rentrant dans leur lit les torrents grossis par les pluies, celles que creusent les ondées dans un sol humide, toutes ces eaux stagnantes contenant des détritus végétaux, donnent naissance, par leur évaporation, aux miasmes fébrigènes. Dans des localités montagneuses touchant au littoral et brûlées par le soleil, bien que la fièvre n'y règne pas, le miasme palustre révèle quelquefois sa présence et son énergie par des accès pernicieux. Ainsi, à la Martinique, la propriété le Céron, bornée par la mer et par des mornes et traversée par un cours d'eau rapide, a offert à mon observation, dans l'espace de trois années, plusieurs cas de fièvre pernicieuse. A Saint-Pierre, ces mêmes accès pernicieux ne sont que trop fréquents; certains quartiers, certaines rues, semblent avoir à cet égard un triste privilége. La rue Lucy, la plus belle de la ville, a fourni souvent à ma connaissance de ces cas rapidement mortels.

Les terres basses des Antilles sont de véritables foyers de fièvres paludéennes. On y trouve des terres périodiquement noyées par les pluies, des amas de vase à l'embouchure et sur le bord des canaux et des rivières, et la

végétation du palétuvier s'élevant sur le marais mixte et dessinant sur le littoral la zone étendue de l'endémie palustre. C'est sous l'influence de la chaleur solaire qui active l'évaporation après que le sol a été inondé par les pluies que les fièvres éclatent dans toute leur intensité. C'est à l'époque de l'hivernage qu'elles sont surtout fréquentes et graves. Le miasme est entraîné par l'évaporation, et, lorsque le sol se refroidit par le rayonnement, la vapeur d'eau se condense sous la forme d'un brouillard qui retient les émanations palustres suspendues dans l'atmosphère. Dans la partie de la Guyane appelée la Comté, ce brouillard est assez épais pour éteindre, à une certaine heure de la soirée, l'éclat si vif des étoiles sous ces latitudes, et s'appelle d'un nom caractéristique : *le linceul des Européens* [1]. Aux Antilles, ce brouillard est parfaitement visible, dans certaines localités, aux premières heures du jour. Les vents jouent un rôle incontestable dans la dissémination des miasmes qu'ils entraînent loin des marais sur lesquels ils ont passé. Dans les endroits marécageux, la fièvre sévit par tous les vents ; mais ceux qui soufflent sur certaines localités après avoir traversé des foyers paludéens ont une léthalité qui leur a valu aux Antilles le nom de *vents de mort*.

Si complexes et multiples que puissent être les effets du miasme palustre sur l'économie, il en existe un constant et caractéristique, c'est l'intermittence qui doit toujours se retrouver à l'origine. L'intermittence est le cachet et la forme primitive de l'infection palustre. Le miasme peut être absorbé et son séjour dans l'économie être plus ou moins long sans que la fièvre se déclare ;

[1] Armand Jusselain. *Un Déporté à Cayenne*, in-12, Paris, 1865, p. 280.

mais du moment que celle-ci apparaît, c'est par un accès intermittent qu'elle commence, quelque variées et différentes que soient ses manifestations ultérieures. Si l'intermittence est un caractère constant, ce n'est pas un caractère régulier ; et moins souvent que dans les régions tempérées, l'accès se montre avec ses trois stades bien tranchés. L'irrégularité porte sur le nombre des stades ; le frisson est exagéré comme intensité et comme durée, il est peu marqué ou même il fait complétement défaut. Le stade de chaleur manque très-rarement, plus souvent il constitue à lui seul l'accès tout entier. Le stade de sueur peut n'être pas en rapport avec le peu d'intensité de la chaleur et du frisson ; plus ordinairement la sueur manque complétement. L'irrégularité porte également sur le type qui peut s'altérer rapidement. L'intermittence périodique constitue le type générique de la fièvre, mais les périodes suivant lesquelles les accès se succèdent sont variées et le plus souvent irrégulières. La rémittence et la continuité ne caractérisent pas des espèces particulières de fièvre palustre, mais seulement des types modifiés ou déviés, mais dérivés de l'intermittence. Les accès qui marquent le début des fièvres rémittentes peuvent passer inaperçus à cause de leur peu d'intensité et de la rapidité avec laquelle ils se transforment. Quelquefois un seul accès irrégulier précède la fièvre rémittente. Dans des circonstances opposées, mais très-rares, et sous l'influence du sulfate de quinine, les formes continue et rémittente se scindent en des accès intermittents.

Les fièvres récentes présentent seules des accès réguliers ; ceux-ci, par leur répétition, leur intensité et leur longue durée, deviennent irréguliers, et la brièveté de la

période d'intermittence, qui s'efface même, change souvent le type en rémittent et en continu. Les types réguliers, comprenant le quotidien, le tierce, le quarte, le septénaire et le bisepténaire ; les types modifiés : rémittent et continu, constituent un groupe de fièvres qui doit être compris dans une étude générale. La fièvre bilieuse grave des pays chauds, bien qu'elle appartienne au groupe précédent et qu'elle affecte des types intermittent, rémittent et continu, demande une étude particulière, à cause des symptômes spéciaux, ictériques et hémorrhagiques, qui la caractérisent.

La fièvre pernicieuse n'est au fond qu'une intermittente avec exagération rapide et redoutable ou prédominance d'un symptôme qui constitue un péril imminent : algidité, diaphorèse excessive, accidents dysentériques, cholériques, ataxiques, convulsifs, comateux, apoplectiques. La perniciosité est toujours prête à intervenir pour aggraver toutes les manifestations de l'état palustre, depuis le simple accès intermittent jusqu'à la cachexie. Les fièvres pernicieuses exigent une description particulière qui comprenne spécialement les algides et les comateuses, les deux fièvres pernicieuses les plus fréquentes aux Antilles. Il est d'autres manifestations que l'intermittence rattache à l'influence palustre et dont la fréquence, la variété, la bizarrerie, les transformations s'observent surtout là où règne cette influence. Ce sont les accidents larvés, dont la perniciosité ne dévoile que trop souvent la nature spécifique. Des accidents intermittents sans frissons, ni sueur, ni chaleur, sont tout à coup remplacés par de vrais accès fébriles mettant rapidement l'existence en péril. Les fièvres larvées seront étudiées dans un chapitre à part.

Le dernier chapitre sera consacré à la diathèse et à la cachexie paludéennes. Le miasme palustre n'agit pas de la même manière sur tous : les uns (et c'est le petit nombre), semblent réfractaires ; les autres ont des accès intermittents, rémittents, des accidents larvés légers ou graves ; chez d'autres, le poison pénètre l'économie avec lenteur et y reste à l'état latent tant qu'une cause étrangère ne vient pas le mettre en jeu et le faire accuser sa présence par l'intermittence des accès ; ceux-ci, après des accès graves et répétés ou après quelques accès légers, arrivent au bout d'un temps variable à la cachexie ; ceux-là, plongés dans le foyer, n'ont aucun symptôme, mais, venant à passer dans une localité salubre, sont pris quelquefois de fièvre intermittente ou rémittente et d'accès pernicieux. Chez quelques-uns qui ont changé de climat, une cause accidentelle, un traumatisme, une affection inflammatoire, viennent révéler, par l'intermittence des accès fébriles, l'influence paludéenne latente jusqu'ici. Cette longue incubation, cette lente évolution, ces manifestations loin de la cause morbide, les récidives en dehors du foyer, établissent l'existence de la diathèse paludéenne, dont le dernier degré et la forme symptomatique ultime et la plus grave sont constitués par la cachexie palustre qui se rencontre fréquemment aux Antilles.

ARTICLE II. — Fièvres intermittente, rémittente, continue.

Etiologie. — La fièvre intermittente aux Antilles reconnaît pour cause l'influence miasmatique des marais et les émanations telluriques se dégageant des terrains cultivés ou non cultivés dans lesquels des matières végétales sont en putréfaction. Elle règne toute l'année, mais

avec plus d'intensité et de fréquence dans le second semestre, pendant et après les orages, les pluies diluviennes et les chaleurs humides de l'hivernage. L'insolation et la fraîcheur humide sont deux causes occasionnelles puissantes. L'impression du froid est profonde sur la peau habituellement inondée de sueur. Cette brusque suppression de la transpiration détermine souvent une fièvre plus ou moins grave accompagnée d'embarras gastrique. L'insolation est très-souvent suivie d'accidents fébriles de la plus haute gravité. Les races tropicales sont bien moins sensibles que les créoles blancs et les Européens aux influences morbides causées par l'irradiation solaire et les vicissitudes atmosphériques. Cette impressionnabilité plus faible par les causes occasionnelles explique que ces races soient également moins sensibles aux influences paludéennes, qu'elles subissent cependant à tous les degrés et parfois même dans une mesure très-grave.

La fièvre attaque toutes les constitutions, celles surtout qui ne se sont pas appropriées aux conditions du climat ; aussi est-elle plus aisément contractée par l'Européen que par l'acclimaté, et plus grave pour lui que pour ce dernier. Elle sévit sur tous les âges, principalement sur l'enfance ; et cette influence fâcheuse tient peut-être à une double cause : à ce que l'enfance a moins de force de résistance contre le poison palustre et à ce qu'il lui manque, comme à l'Européen, l'habitude qu'elle n'a pu encore acquérir. Enfin, il faut tenir compte, dans l'étiologie, des aptitudes particulières. Il y a des familles dont les membres ont une disposition marquée à contracter la fièvre et dont presque tous les enfants succombent à cette maladie.

Symptomatologie. — La fièvre intermittente débute brusquement sans symptômes précurseurs, ou, ce qui est plus ordinaire, l'invasion de l'accès est précédée d'une céphalalgie plus ou moins forte, de pandiculations, d'un sentiment de malaise, d'un peu de somnolence, de douleurs lombaires et souvent de vomissements chez les enfants. Rarement, même au début, les stades de l'accès sont complets et réguliers ; leur irrégularité se prononce en raison de la durée et de la gravité de la maladie. Rarement le frisson va jusqu'au claquement des dents et à ces secousses rapides qui agitent tout le corps ; les extrémités ne prennent presque jamais une teinte bleuâtre, la face ne se plombe pas, les yeux ne s'excavent pas. La perversion de la sensibilité ne va pas ordinairement jusqu'à faire accuser par les malades une très-vive et profonde impression de froid. Dans beaucoup de cas très-graves même, le frisson est à peine senti, manque tout à fait ou ne consiste qu'en quelques horripilations, en un sentiment de fraîcheur de la peau qui pâlit légèrement, fraîcheur que le toucher constate aux pieds et aux mains. Quelquefois le frisson cesse, et est remplacé par la chaleur, revient encore, et cette alternance peut durer plusieurs heures. Plus rarement le frisson est exagéré, non comme intensité, mais comme durée ; et cette durée dépasse celle d'un accès ordinaire. Dans ce premier stade, le pouls est accéléré, petit, concentré ; la peau est sèche, rugueuse quelquefois ; les urines, peu abondantes, sont incolores. Dans quelques cas graves, des convulsions se déclarent avec le frisson chez les enfants.

La chaleur succède, se développe, devient âcre, brûlante. Souvent et surtout dans les fièvres anciennes et récidivées, le frisson manque et le stade de chaleur ap-

paraît tout d'abord. Ce stade est presque constant, sa durée est ordinairement longue ; il peut même constituer presque tout l'accès. Son intensité varie beaucoup. La céphalalgie augmente, la soif se développe, la face, de pâle qu'elle était, se colore, devient vultueuse, les yeux brillants finissent par s'injecter, et parfois l'injection en est très-fine ; il existe un peu de photophobie. Le pouls, plus large, plus tendu, tout en restant fréquent, varie entre 120, 140, 160 pulsations, les urines rouges, peu abondantes, tendent parfois à se supprimer.

Le stade de sueur s'annonce par la rémission de tous les symptômes; la sueur perle d'abord au front, au visage, au cou, et se montre au tronc et aux membres. Le stade marche régulièrement, ou bien il est très-marqué lorsque les deux précédents l'ont été très-peu; parfois il est à peine appréciable, et la sueur manque complétement. Dans d'autres cas, l'abondance de la sueur est telle, que ce stade caractérise la fièvre. La fièvre diaphorétique est, du reste, assez rare à observer.

La durée de l'accès est aussi irrégulière que celle de chacun de ses stades. Il est des fièvres quotidiennes qui ne dépassent pas quelques heures, mais les accès durent ordinairement douze heures, vingt-quatre heures, et, s'ils vont en se répétant, tendent à s'allonger, à persister trente-six et quarante heures. Cette longue durée explique la rareté du type redoublé; l'exacerbation, à un certain moment des principaux symptômes, rappelle seule ce redoublement. Des accès aussi longs empiètent l'un sur l'autre, deviennent sub-intrants, et l'intermittence primitive se convertit aisément en rémittence et en continuité. Dans certains cas, à un accès très-court et léger, succède un accès très-long et très-grave ; dans d'autres

cas, la rémittence s'établit après un ou deux accès irréguliers et de peu de durée. Comme dans les régions tempérées, la fièvre dans les pays chauds débute dans le courant de la journée. C'est aux fièvres récentes qu'appartient le type régulier dont le quotidien est le plus fréquent. Le type tierce, assez rare, l'est encore moins que le type quarte. Les types septénaire et biseptênaire ne s'observent que dans les fièvres anciennes et récidivées; l'irrégularité est d'ailleurs le cachet de ces formes chroniques.

Les accès irréguliers qui ont précédé la rémittence ou la continuité ont été quelquefois si courts et si légers, que le malade n'y a pas fait attention, ou les a pris pour un simple malaise. Le médecin, lorsqu'il est appelé, ne se trouve plus qu'en présence d'un état fébrile continu, dont la ressemblance avec certaines formes de fièvre typhoïde est telle, qu'une méprise aurait lieu dans certains cas, si l'on ne savait que l'autopsie ne doit pas révéler les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, qui n'est pas d'ailleurs une affection des zones torrides. Si l'on ne peut, en remontant au début, saisir la chaîne des accidents, et constater la déviation du type, il est cependant possible, dans certains cas, même dans la fièvre continue, de reconnaître la nature spécifique par l'exacerbation des symptômes à des intervalles plus ou moins marqués, exacerbation qui n'est plus que l'indice de l'intermittence disparue. La fièvre rémittente et la continue sont des formes graves de l'endémie paludéenne; leur durée peut égaler deux et même trois septénaires.

C'est dans ces fièvres et dans les longs accès intermittents que les symptômes généraux acquièrent toute leur gravité. Les malades accusent quelquefois une douleur dans l'hypocondre gauche, douleur que la pression aug-

mente peu, et qui décèle le gonflement de la rate. L'exploration, hors les cas de cachexie palustre, constate rarement une augmentation de volume de la glande. Dans les pays intertropicaux, la rate ne subit pas dans les accès fébriles des modifications aussi prononcées que celles qu'elle éprouve dans les pays tempérés. Dans certains cas, l'hypocondre droit est tendu, légèrement tuméfié et douloureux, et le foie déborde un peu les fausses côtes. Alors, à la fièvre, quel que soit son type, s'ajoutent quelques symptômes bilieux passagers ; les vomissements et les selles sont jaunâtres, verdâtres, composés de bile. Dans les formes graves, le tube digestif participe à l'état de souffrance générale ; des accidents diarrhéiques se manifestent ; l'intolérance de l'estomac se prononce ; les boissons sont rejetées, et les vomissements, bilieux d'abord, aqueux ensuite, deviennent grisâtres, striés de noir lorsque l'état s'aggrave, tout à fait noirs quelquefois, et mélangés même de sang pur. D'autres signes annoncent l'altération du sang. Sous la coloration rouge de la conjonctive oculaire injectée finement, apparaît une teinte jaune clair, teinte qui se montre également sous la rougeur de la face et qui finit quelquefois par s'étendre à toute la peau. Cette coloration se prononce davantage sur le cadavre. Très-marquée chez le créole blanc, elle est encore plus sensible chez l'Européen. La céphalalgie, vive au début de la fièvre, persiste pendant tout son cours avec des rémissions et des exacerbations ; la respiration n'offre rien d'anormal ; le pouls, sans perdre de sa fréquence, perd de sa force, de son ampleur, et devient parfois intermittent ; le délire est fugace, rarement bruyant ; les urines, de plus en plus rares, se suppriment entièrement ; des soubresauts de tendons se remarquent chez l'adulte

et chez l'enfant, et annoncent une fin prochaine ; l'intelligence peut être très-nette jusque-là. La mort survient brusquement dans beaucoup de cas, après un vomissement noir chez l'adulte, plutôt après une convulsion chez l'enfant.

Rechutes et récidives. — Ces accidents pernicieux s'observent souvent dans les fièvres qui ont une longue durée. Après une série d'accès simples, survient un accès pernicieux qui termine la scène. Par contre, après un ou deux accès pernicieux auxquels le malade a résisté, les accès qui suivent peuvent être simples, irréguliers et plus ou moins affaiblis. Ces accès peuvent même ne plus nécessiter la médication quinine, et s'effacer spontanément comme une manifestation dernière d'un état morbide qui disparaît. La fièvre palustre, si grave qu'elle ait été, lorsque la médication est intervenue à temps, peut guérir définitivement ; mais, bien que les accès soient coupés, elle laisse le plus souvent une disposition morbide qui expose aux rechutes, et persiste plus ou moins longtemps. Ces rechutes sont fréquentes et déterminées par des causes occasionnelles diverses : les excès de toute sorte, la suppression de la transpiration et surtout l'insolation ; elles reproduisent rarement le même type que la première attaque fébrile. Les récidives ne rappellent pas fidèlement non plus les attaques qui ont précédé ; elles se manifestent par des causes occasionnelles en dehors des foyers palustres, après un temps dont la durée varie beaucoup ; et, même lorsque le malade s'est transporté dans un autre climat, les accès fébriles, qui reviennent à des échéances fixes et plus ou moins éloignées, montrent combien est profonde sur l'économie l'influence paludéenne des pays intertropicaux. Les fièvres qui réci-

divent peuvent revêtir tous les types, et se compliquer des accidents pernicieux les plus variés. Ceux-ci, très-redoutables dans la même zone, en dehors du foyer paludéen, ne sont plus à craindre lorsque le malade a changé de climat. C'est dans les localités marécageuses que la tendance aux fréquentes récidives est le plus marquée. Celles-ci conduisent fatalement à la cachexie paludéenne.

Complications. — Aux Antilles, la fièvre paludéenne est un élément morbide qui peut s'ajouter à toutes les maladies médicales et chirurgicales, en altérer, en masquer, en compliquer, en aggraver les divers symptômes. Il n'est pas question d'accès qui prennent le masque de maladies diverses, d'accès pernicieux simulant le choléra ou la dysenterie par exemple, mais des accès surajoutés à des affections qui n'ont aucun lien nécessaire avec l'endémie paludéenne. Ces faits apparaîtront avec évidence dans le cours de ce travail. Ce point intéressant de la pathologie des pays chauds est très-bien mis en lumière et résumé ainsi par M. Dutroulau[1] : « Il y a aussi des dysenteries, des hépatites, des coliques, des fièvres jaunes qui se compliquent de fièvre paludéenne, ou qui viennent compliquer cette fièvre comme épiphénomènes, et avec préexistence de l'une ou de l'autre maladie ; là il n'y a qu'une complication ou une association de deux éléments étiologiques et pathologiques distincts, s'influençant réciproquement, prédominant souvent l'un sur l'autre, mais pouvant se disjoindre par le traitement ou spontanément et continuer isolément leur cours, disparaissant quelquefois aussi en même temps et par le même traitement, quand l'un absorbe presque entièrement l'autre par

[1] *Loc. cit.*, p. 175.

sa gravité. La fièvre paludéenne est de toutes les maladies d'un même climat celle qui a le plus d'affinité pour les autres. On peut croire que, dans les foyers palustres, tout le monde est plus ou moins imprégné de miasme, et qu'une cause quelconque, physiologique, hygiénique ou pathologique, suffit pour faire naître la fièvre seule ou combinée avec une autre maladie, qu'elle se déclare soit pendant le cours de cette maladie, soit à une époque plus ou moins avancée de son évolution, soit après elle. Le miasme palustre se mêle à tout, et la fièvre est toujours prête à éclore. Cela est surtout marqué et presque inévitable, à moins d'une inaptitude absolue qui est assez rare, dans certaines localités reconnues pour très-insalubres, et à certains moments de l'année, circonstances avec lesquelles il faut toujours compter. »

Pronostic. — Si le quinquina est un remède spécifique qui combat avec avantage les manifestations diverses de l'intoxication palustre, d'une autre part les accès se compliquent si souvent d'accidents pernicieux que le médecin ne saurait être trop réservé sur le pronostic. D'une manière absolue, il n'est pas de fièvres bénignes aux Antilles. Un ou deux accès courts, réguliers, légers, peuvent être suivis d'un accès d'une effroyable gravité ou d'un accès très-long tendant à la rémittence et à la continuité. Ces dernières formes et la longue durée des accès impliquent de la gravité; il y a toujours à redouter que quelque accès pernicieux ne termine la maladie. L'exagération du frisson est un signe plus fâcheux que son absence ; ces irrégularités révèlent une tendance à la perniciosité. La suppression des urines, les vomissements noirs dénotent un état des plus graves ; les soubresauts des tendons et les convulsions fréquentes à la fin chez les

enfants, annoncent un état désespéré. Ces convulsions peuvent être très-promptement funestes. Lorsque chez l'enfant elles commencent avec le stade de froid, il y a à craindre qu'elles ne se reproduisent avec le frisson à l'accès suivant.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la rate consistent dans l'hyperémie, la simple congestion sanguine avec augmentation de volume et dureté du tissu de la glande, dans le ramollissement, l'infiltration de ce tissu qui peut se rompre et se transformer en une boue rougeâtre. Les degrés divers de ces lésions ne correspondent nullement à des formes de gravité différente ; le ramollissement, l'état apoplectique du tissu ne sont pas caractéristiques des accidents pernicieux ; ceux-ci peuvent même entraîner la mort sans que l'autopsie révèle de lésion splénique accusée ; l'hypertrophie du tissu splénique caractérise les fièvres de longue durée et les fièvres récidivées ; mais ces diverses lésions n'ont rien de constant. « C'est, écrit M. Dutroulau [1], dans les climats où la fièvre est endémique, où elle revêt le plus fréquemment toutes les formes graves, et où elle détermine le plus souvent la cachexie, que l'état de la rate devrait être le plus constant et le mieux caractérisé, et pourtant il n'en est rien. L'absence complète de toute lésion de cet organe s'y constate assez fréquemment, vingt fois sur cent, d'après mon observation, et les énormes gâteaux spléniques des cachectiques s'y observent moins fréquemment que dans les climats tempérés. »

Dans ces fièvres graves, le foie est souvent altéré, et ses lésions sont analogues à celles de la rate. C'est, avec la congestion sanguine, un certain degré d'hypertrophie

[1] *Loc. cit.*, p. 135.

et d'induration ; plus rarement le ramollissement s'observe et semble coïncider avec une diminution dans le volume de la glande. Ce ramollissement correspond à un état anémique de l'organe ; la décoloration peut exister avec un certain degré d'hypertrophie ; le tissu hépatique dans les fièvres qui n'ont pas une longue durée conserve ordinairement sa coloration normale.

Les lésions du cœur se traduisent par une altération du volume, de la consistance et de la couleur ; la décoloration et la flaccidité accompagnent un degré léger d'hypertrophie ou d'atrophie de l'organe. Ces lésions se rencontrent dans les fièvres pernicieuses comme dans les fièvres de longue durée et dépendent sans doute de l'altération du sang. M. Dutroulau, qui insiste sur leur importance, dit les avoir constatées dans la moitié des autopsies qu'il a faites ou fait faire.

Il est d'autres lésions qui résultent de certaines localisations symptomatiques et qui répondent à des formes spéciales de la maladie. Ces localisations morbides rendent compte de la mort ou sont le plus souvent insuffisantes à l'expliquer. Ces lésions devront être décrites au chapitre des fièvres pernicieuses.

Dans les fièvres graves des pays tropicaux, le sang subit des altérations profondes, dont la chimie et le microscope n'ont pas encore rendu compte ; ce n'est pas seulement une altération de quantité pour les matériaux solides, les globules et l'albumine, c'est une dissociation des éléments, analogue, sinon semblable, à celle qu'offre la fièvre jaune, et se manifestant par les mêmes symptômes : la suppression des urines, des hémorrhagies (l'hémorrhagie de l'estomac se traduit par des plaques piquetées de la muqueuse et par des vomissements noirs

striés de sang) ; enfin, la coloration jaunâtre de la conjonctive et de l'enveloppe cutanée, coloration qui se fonce après la mort et qui ne saurait se rapporter à l'ictère.

Traitement. — On peut dire que le traitement de la fièvre palustre consiste tout entier dans l'administration du quinquina ; tous les autres moyens sont accessoires. Sans entrer dans aucune hypothèse relative au mode d'action du quinquina, on peut lui reconnaître deux propriétés qui semblent assez distinctes : la propriété d'interrompre le type intermittent dans les maladies, quelle que soit la cause qui le détermine, et la propriété d'enrayer les manifestations palustres, quels que soient leurs types. C'est dans l'endémie paludéenne de la zone torride qu'éclate cette dernière propriété. Que le quinquina ait une action directe ou indirecte, cette action est constante malgré la variété des types : quotidien, tierce, hebdomadaire, que l'accès soit régulier ou irrégulier, simple ou pernicieux, franchement intermittent ou subintrant. Cette action sera seulement plus certaine et les doses seront plus faciles à graduer si la régularité est le cachet des accès. Dans la fièvre continue, les résultats sont aussi marqués : tantôt elle cède et disparaît sans retour ; tantôt le type s'altère et se scinde en accès plus ou moins tranchés qui s'effacent. Cette sûreté d'action dans la fièvre palustre continue ne saurait être rapportée à la propriété antipériodique du médicament.

Comme les types, les espèces diverses subissent son influence, qu'elle s'adresse à la fièvre comateuse, à l'ataxique, à la dysentérique, à la cholérique, à l'algide, à la syncopale, à l'ictérique, à l'hématurique. L'influence du quinquina est également puissante dans les manifestations apyrétiques infinies de la diathèse palustre com-

prises sous le nom de *fièvres larvées ;* elle se retrouve encore dans toutes les affections que l'élément palustre complique et aggrave par sa fréquente adjonction.

La prééminence du sulfate de quinine sur le quinquina et ses diverses préparations est un fait consacré par la pratique et justifié par de sérieuses raisons. Le dosage est une des causes de cette préférence. L'ingestion du sel quinique en pilules, et même en potion acidulée, est plus aisée et mieux acceptée que l'administration de la poudre de quinquina mélangée au café ou en électuaire, surtout lorsque la quantité de quinquina doit augmenter en poids et en volume pour correspondre à une dose élevée du sel. La composition constante de celui-ci lui assure une action plus certaine ; le quinquina n'a pas toujours les mêmes principes en quantité égale sous le même volume. A un égal degré de pureté, la différence de poids et de volume assure la faveur au sel quinique. Les petites quantités de ce dernier seront préférables s'il existe quelque lésion ou quelque trouble fonctionnel sérieux des voies digestives. Dans la fièvre intermittente simple, lorsque les accès sont séparés par des périodes bien tranchées, l'absorption lente des principes du quinquina a le temps de se faire pour arrêter ou atténuer la manifestation suivante; mais, comme il n'est jamais certain qu'à un accès simple et régulier ne succédera pas un accès irrégulier et pernicieux, il vaut mieux recourir au sulfate de quinine, à cause de la certitude et de la promptitude de son action. Son absorption active lui assure le premier rang dans une thérapeutique où il faut tant se défier des formes insidieuses, voir la perniciosité partout et gagner de vitesse les manifestations morbides. Aussi est-ce le sulfate de quinine seul qui doit intervenir dans

les fièvres pernicieuses, telles que la comateuse, l'algide, la syncopale, qui peuvent se terminer par la mort pendant le premier accès et après quelques heures de durée. D'ailleurs, dans ces cas si graves, qui exigent de 6 à 8 grammes de sulfate de quinine dans les vingt-quatre heures pendant tout le temps que dure le paroxysme ou que les accès se répètent, comment faire absorber au malade les énormes doses de quinquina correspondant à celles du sel quinique?

Dans d'autres fièvres pernicieuses, la cardialgique, la cholérique, l'hémorrhagique, le sel est à peine toléré, provoque même les vomissements, et l'on est obligé de recourir à d'autres voies d'introduction. Les doses massives de quinquina qu'il fallait prescrire avant la découverte de la quinine pour enrayer les formidables accidents des fièvres des pays chauds, remplissaient l'indication avec bien moins de certitude, à cause de l'intolérance des voies gastriques. Cette intolérance a contribué à jeter une certaine défaveur sur le sulfate de quinine, en lui faisant attribuer des propriétés irritantes qu'il présente à un degré moindre que le quinquina en substance aux doses nécessaires pour obtenir de sûrs effets.

Le sel quinique, même à hautes doses, est généralement bien toléré, et l'association de l'opium, plus facile avec lui qu'avec le quinquina, aide à la tolérance dans beaucoup de cas. Quand les accidents mortels sont conjurés, que l'emploi du sulfate de quinine n'est plus une impérieuse nécessité, l'administration du quinquina en vin, en extrait, en lavements faits avec une décoction concentrée, peut rendre de très-grands services. C'est alors une médication auxiliaire, qui vient assurer le suc-

cès; le quinquina continue l'action fébrifuge de son principe actif, en même temps qu'il relève les forces par ses propriétés toniques.

Dans la fièvre intermittente simple, la dose de sulfate de quinine nécessaire pour couper un accès varie de 1 à 2 grammes; cette dose sera divisée en prises de 50 centigrammes à administrer d'heure en heure, ou à des intervalles plus courts ou plus longs, selon la durée de l'apyrexie et la gravité des symptômes. La solution acide en potion est le meilleur mode d'administration, mais elle n'est pas toujours acceptée facilement par le malade, ni toujours tolérée par l'estomac; aussi le sulfate de quinine est-il le plus souvent prescrit en pilules, et, chez les enfants, dans une infusion de café très-sucrée qui en masque la saveur amère. Comme tout accès qui revient devance ordinairement l'heure de l'accès précédent; comme l'irrégularité est très-fréquente et la perniciosité toujours à redouter, il est prudent de donner le médicament peu de temps après le déclin de l'accès; la dernière dose sera prise de façon à maintenir l'économie sous l'influence spécifique jusqu'au retour présumé de la fièvre. Dans les accès qui durent vingt-quatre et trente-six heures, qui ne permettent pas de compter sur une franche intermission et font même craindre la sub-intrance, il faut donner le sel quinique au déclin de l'accès, et même dès que la rémission des symptômes annonce ce déclin. Dans les fièvres rémittentes et continues, on doit profiter de tous les moments où les symptômes s'amendent pour administrer le sulfate de quinine, et ne se croire en sûreté que par l'emploi de fortes doses continué pendant un temps assez long. C'est dans ces formes si graves que le médecin arrive par l'expérience à ne plus compter les

doses ; et, pour ne pas perdre le bénéfice dû à une médication hardie, à donner le médicament pendant des jours entiers, toutes les deux ou trois heures, et à maintenir le malade sous son influence spécifique une semaine après que tout grave symptôme a cessé.

Les fièvres graves des régions intertropicales offrent divers symptômes qui réclament une médication adjuvante ; elles présentent des indications que le sulfate de quinine ne saurait remplir. A côté d'indications positives, il en existe d'autres qui ne sont qu'apparentes et qui exposeraient à de cruels mécomptes l'inexpérience qui voudrait les suivre. Si intenses que soient dans ces fièvres les symptômes de congestion, allassent-ils jusqu'au coma, la saignée générale doit être formellement proscrite. La saignée détermine un état adynamique qui peut conduire à la mort dans un temps très-court. C'est le sulfate de quinine qui seul peut juger ces états comateux, apoplectiques. On peut employer contre eux et contre les symptômes congestifs, qui se traduisent par la chaleur du front, la céphalalgie, la rougeur de la face et l'injection des yeux, concurremment avec le traitement spécifique, des révulsifs sur les membres inférieurs et l'application de quelques sangsues aux apophyses mastoïdes. Cette congestion encéphalique m'a paru avantageusement modifiée par l'association du calomel au sulfate de quinine. La médication évacuante intervient utilement au début de ces fièvres, surtout lorsqu'il existe quelque complication bilieuse ou saburrale. Les vomitifs n'ont que des inconvénients et déterminent même des accidents sérieux ; ils augmentent l'intensité de l'accès, l'intolérance de l'estomac et la tendance aux sueurs froides, à la syncope et à l'algidité. L'émétique surtout,

par ses propriétés, aggrave cette fâcheuse disposition. L'ipéca lui-même n'est réellement indiqué que dans cette forme particulière désignée sous le nom de *fièvre bilieuse grave des pays chauds*.

ARTICLE III. — Fièvre bilieuse grave des pays chauds.

La fièvre bilieuse grave se rencontre au Bengale, à Madagascar, au Sénégal, à la Guyane, aux Antilles. Ce n'est pas une maladie particulière à une région, comme la fièvre jaune ; elle s'observe en des points très-divers de la zone torride ; elle se montre surtout dans les localités où l'endémie paludéenne règne dans toute son intensité. Avec un fonds commun, elle présente des différences, suivant les divers pays où on l'étudie. Intermittente ou rémittente, sans complications graves à Madagascar, elle prend plutôt le type continu aux Antilles, et s'y complique, comme au Sénégal, de symptômes hémorrhagiques. Sa fréquence n'est pas grande aux Antilles; on l'y observe principalement à de certaines périodes d'épidémies ; il est même dans ces îles des localités où elle apparaît accidentellement. Elle est rare dans les localités volcaniques des deux colonies françaises, à Saint-Pierre et à la Basse-Terre ; plus fréquente dans les parties marécageuses, à Fort-de-France et surtout à la Pointe-à-Pitre où elle acquiert toute son intensité. C'est comme maladie particulière aux Antilles que j'étudierai la fièvre bilieuse.

Elle a été décrite sous les noms suivants : fièvre rémittente bilieuse des pays chauds, grande endémique des climats intertropicaux, bilieuse hématurique, bilieuse néphrorrhagique, fièvre ictéro-hémorrhagique,

pernicieuse ictérique, fièvre jaune des acclimatés et des créoles. Cette désignation, usitée à la Guadeloupe, établit à tort, d'après une simple apparence, un rapprochement entre deux affections dissemblables.

La définition de M. Dutroulau[1] isole la fièvre bilieuse de tous les états morbides confondus sous son nom. « On doit entendre par fièvre bilieuse une pyrexie qui, sans considération du type et pouvant les revêtir tous, présente pour caractère essentiel et souvent unique les symptômes prononcés et persistants de l'état bilieux : ictère, vomissements, selles, urines caractéristiques de cet état, et, pour caractères graves, les phénomènes cérébraux, hémorrhagiques et autres, pouvant être attribués à une altération du sang par la bile. » La fièvre intermittente avec quelques symptômes bilieux passagers ; l'hépatite dont la lésion produit consécutivement la fièvre et la coloration ictérique ; l'ictère traversé dans son cours par quelques accès irréguliers ; l'ictère grave lui-même compliqué de fièvre, ne sauraient constituer la véritable fièvre bilieuse.

Celle-ci résulte de la réunion de deux éléments morbides : l'élément bilieux, provenant des lentes influences du climat sur les fonctions hépatiques et imprimant à la maladie un cachet spécial, et l'élément palustre, qui dévoile par les lésions de la rate la nature même de la fièvre et montre ainsi le lien qui la rattache à l'endémie paludéenne.

La fièvre bilieuse peut être intermittente ou rémittente ; elle est continue le plus souvent. C'est seulement chez l'acclimaté qu'elle se déclare, chez les malades sur-

[1] *Loc. cit.*, p. 238.

tout qui ont déjà eu des fièvres, et qui présentent un certain degré de cachexie. Après quelques accès fébriles simples, l'accès bilieux se dessine; l'ictère apparaît tout d'abord, sa marche n'est pas continue; son extension et son intensité augmentent avec les exacerbations et les redoublements de la fièvre. Les vomissements, qui sont aussi un des premiers symptômes, jaunes, vert clair, deviennent plus foncés, se répètent, en se rapprochant, et souvent sont très-abondants. Les selles sont moins précoces et moins constantes ; elles sont bilieuses et peuvent être aussi très-copieuses.

« Les urines, écrit M. Dutroulau[1], sont signalées par les divers observateurs comme ayant une couleur caractéristique qui diffère pour tous de celle des urines ictériques ordinaires qu'on observe assez souvent dans d'autres maladies des mêmes climats. On les compare au vin de Madère, au vin de Malaga, à l'encre, ou à l'infusion de café ; on y signale enfin des proportions variables, quelquefois très-considérables de sang. Les expériences chimiques et microscopiques de M. Daullé prouvent que ce n'est pas habituellement au sang, mais seulement à la bile qu'elle doivent leur coloration ; mais les observations faites par moi et par beaucoup de médecins aux Antilles, à Mayotte et ailleurs, ne permettent pas de douter que le sang ne s'y rencontre dans des proportions qui peuvent être très-grandes. » C'est encore à la présence du sang qu'il faut rapporter les précipités d'albumine qu'on obtient dans les urines. Pour M. Pellarin[2], qui observait à la Guadeloupe, et pour M. Barthélemy-Benoît[3], qui a

[1] *Loc. cit.*, p. 260.
[2] *Archives de médecine navale.* Paris, 1865, t. III.
[3] *Archives de médecine navale.* Paris, 1865, t. IV.

écrit une étude très-complète de la fièvre bilieuse hématurique du Sénégal, la coloration de l'urine ne tient pas à la présence de la bile, mais à celle du sang. « Jamais, dit M. Barthélemy-Benoît, à aucun temps de nos divers essais par les acides, nous n'avons vu se produire la coloration caractéristique de la présence de la bile. » L'addition d'une faible quantité d'acide azotique produit instantanément dans les urines hématuriques un coagulum albumineux dont l'abondance est en rapport avec l'intensité de la coloration du liquide, par conséquent avec la quantité de sang qu'il contient. L'examen microscopique permet d'ailleurs de retrouver les globules sanguins irrégulièrement déformés dans les urines hématuriques, non alcalines peu d'instants après leur émission.

L'hématurie peut être intermittente comme le type pyrétique, commencer avec l'accès, prendre, comme l'ictère, une teinte plus foncée pendant le stade de chaleur, et cesser en quelques heures après l'accès. Au retour de la fièvre, le sang reparaît dans les urines. Dans les formes graves, rémittente et continue de la fièvre bilieuse hématurique, la quantité d'urine sanguinolente évacuée en vingt-quatre heures est inférieure à la moyenne normale. « A quelque évaluation qu'elle atteigne, dit M. Barthélemy-Benoît, l'hématurie ne présente jamais par sa continuité et son abondance les caractères d'une hémorrhagie compromettante pour l'existence. L'abondance de la sécrétion urinaire est en raison inverse de la quantité de sang mélangée à l'urine. » Dans des cas très-graves, les urines deviennent rares et sont même entièrement supprimées. J'ai observé cette anurie dans un cas terminé par la mort chez un mulâtre.

Les symptômes hémorrhagiques caractérisent cette forme continue si grave observée à la Pointe-à-Pitre et lui valent les noms de fièvre hématurique, néphrorrhagique, fièvre jaune des acclimatés. Les symptômes bilieux sont moins intenses que dans la forme intermittente et apparaissent après une période fébrile de trente-six à quarante-huit heures. Les urines sont toujours sanglantes, des traces de sang se retrouvent aussi dans les selles et dans les vomissements ; des épistaxis se déclarent quelquefois; les phénomènes cérébraux sont très-marqués et les malades succombent à la suite de symptômes ataxiques et adynamiques.

Suivant que domine l'adynamie ou l'ataxie, la symptomatologie générale des formes graves de la fièvre bilieuse se trouve modifiée diversement. La respiration est saccadée ou lente, profonde et suspirieuse; le pouls est dur, concentré, quelquefois dicrote, battant de 100 à 120 pulsations; plus tard, il devient plus petit et plus fréquent, fuyant sous le doigt ; les membres, les lombes surtout, sont le siége de douleurs contusives; le céphalalgie est violente et augmente avec les exacerbations et les redoublements de la fièvre ; la soif est vive, la langue, d'abord humide, se colore par la bile et devient rude, sèche et noire ; l'anxiété épigastrique augmente avec les efforts de vomissement ; la peau tend à devenir froide et gluante ; l'agitation augmente et le délire, ordinairement fugace, peut arriver à une extrême violence. Les traits n'expriment pas la souffrance, mais ils s'altèrent et s'effilent ; la face est d'ailleurs contractée et grippée de bonne heure. L'agonie est généralement calme, sans délire bruyant; elle peut être précédée d'une sédation passagère, semblable à cette période de calme de la fièvre

jaune désignée sous le nom significatif de mieux de la mort. Le malade meurt tout à coup sans avoir eu le sentiment de sa fin ou tombe dans le coma qui ne cesse qu'avec la vie. La fièvre hématurique est loin d'ailleurs de se terminer d'une façon toujours fatale. Sa durée est difficile à préciser, et, hors les cas où il survient quelque accès pernicieux rapidement mortel, la mort n'arrive guère qu'à la fin du premier septénaire ou dans le courant du second.

Le diagnostic différentiel de la fièvre bilieuse grave n'est pas difficile à établir. Les maladies qui ont avec elle des traits de ressemblance sont l'hépatite, l'ictère et la fièvre jaune.

Les accès de fièvre de l'hépatite ne dépendent pas d'une cause paludéenne ; symptomatiques d'un abcès du foie, ils n'ont pas la marche des accès jaunes. L'ictère de l'hépatite n'est pas constant et se déclare consécutivement ; celui de la fièvre bilieuse est très-intense, constitue un symptôme primitif et s'accompagne d'excrétions bilieuses abondantes.

L'ictère a les mêmes caractères extérieurs; l'ictère grave donne lieu à diverses hémorrhagies comme la fièvre ictéro-hémorrhagique, mais ces ictères, simple ou grave, ne présentent pas le caractère essentiel et prédominant de celle-ci ; ils sont apyrétiques ou seulement traversés dans leur cours par quelques accès fébriles irréguliers. J'ai eu occasion d'observer de ces ictères graves dans une épidémie d'ictère qui se montra, en 1858, à Saint-Pierre-Martinique.

La fièvre bilieuse hématurique, bien qu'elle soit un peu plus fréquente aux Antilles pendant les épidémies de fièvre jaune, existe également dans les périodes d'im-

munité. Maladie des non-acclimatés, la fièvre jaune est spéciale aux Européens, règne sur le littoral en dehors même des foyers palustres, et se transporte par des foyers d'infection dans des localités très-distantes du point d'origine. La fièvre ictéro-hématurique se rencontre dans des contrées comme l'Inde et Madagascar, où la fièvre jaune n'a jamais paru; elle s'observe dans des localités essentiellement paludéennes et en dehors de la zone du rivage. Son génie ne change pas suivant les épidémies, comme il arrive pour la fièvre jaune; ses caractères se modifient plutôt suivant les localités. A ces localités, elle reste limitée et ne crée jamais de foyers d'infection susceptibles de la reproduire loin de son foyer. Aux Antilles, ce n'est pas d'ailleurs aux Européens non acclimatés qu'elle s'attaque: elle atteint des individus appartenant aux races tropicales, et ne se développe que chez les sujets dont les climats chauds ont éveillé la prédominance hépatique.

La rachialgie, l'anxiété précordiale, les vomissements bilieux et striés de noir, l'hématurie, peuvent se rencontrer dans les deux maladies. Seulement, dans l'une prédominent les vomissements bilieux, qui, dans la fièvre jaune, sont remplacés par des vomissements aqueux, grisâtres, tout à fait noirs et mélangés de sang vif. Dans la fièvre jaune, l'hématurie est rare, la suppression des urines très-fréquente. L'hématurie est au contraire le symptôme important qui caractérise la forme la plus grave de la fièvre bilieuse. Les caractères extérieurs sont dissemblables également et au commencement, autant que le rouge diffère du jaune. Le visage, dans la première période de la fièvre jaune, est rouge, animé, vultueux, et prend quelquefois une teinte acajou. « La fièvre

bilieuse, dit M. Dutroulau, ne mérite vraiment le nom d'accès jaune et ne présente jamais plus tranchés ses caractères de maladie bilieuse qu'à son début et dégagée de tout accident grave. » Dans la seconde période de la fièvre jaune, sous l'injection vive de la conjonctive, sous la couleur rouge de la face, apparaît une teinte jaune clair, qui se répand et se généralise à toute la peau. Les nuances partent du jaune paille et deviennent rarement foncées. Les urines, soumises aux réactifs, ne donnent pas de précipités dont la couleur rappelle celle de la bile, et l'albumine qui s'y dépose ne provient pas du mélange du sang. La coloration générale de la peau est due à la dissociation du sang, ainsi qu'on l'observe d'ailleurs dans toutes les fièvres pernicieuses de ces pays. Dans la fièvre bilieuse, les teintes de la peau, qui vont du jaune safran au jaune d'ocre, proviennent d'une suffusion bilieuse. Chez un petit nombre de malades atteints de fièvre jaune, à une période qui touche à la convalescence, un véritable ictère, avec ses nuances caractéristiques et la couleur spéciale que l'acide azotique donne aux urines, remplace la teinte générale liée à l'altération du sang. Dans ces cas, la fièvre jaune pourrait être confondue avec la fièvre bilieuse, si l'on ne s'en tenait qu'aux apparences. Mais la différence dans la durée, la marche, et la différence des symptômes antérieurs éclaireraient assez le diagnostic pour éviter toute confusion.

Le pronostic de la fièvre bilieuse doit être réservé, car elle peut se compliquer de quelque accès pernicieux ataxique, algide ou comateux. Sa gravité semble dépendre bien plus de l'influence paludéenne que de l'élément bilieux ; elle n'est nullement en rapport avec l'intensité de la coloration ictérique. Si les intermittences

sont régulières, si les rémissions sont franches, le pronostic est moins sérieux ; le type continu est le plus grave. La persistance et la fréquence des vomissements, le délire violent, l'anurie, le hoquet surtout, sont des signes fâcheux. Rarement la première atteinte de la fièvre bilieuse se termine par la mort ; elle augmente la débilitation antérieure du malade, hâte chez lui le développement de la cachexie palustre et l'expose aux récidives. Car, à l'encontre de la fièvre jaune, la fièvre bilieuse ne crée pas d'immunité ultérieure pour celui qui l'a contractée. « A la Guadeloupe, rapporte M. Dutroulau, pendant une pratique de trente années, M. Lherminier s'est assuré que la fièvre bilieuse hématurique se développe d'ordinaire chez les acclimatés, à la suite de la cachexie fébrile ; qu'elle est sujette à plusieurs retours, et ne se termine par la mort qu'après trois ou cinq attaques, rarement, et peut-être jamais, à sa connaissance, après une seule et unique invasion ; enfin, j'ai eu personnellement occasion d'observer des cas de véritable cachexie bilieuse chez des sujets soumis depuis longtemps à des rechutes de fièvre bilieuse et conservant, dans l'intervalle des attaques de l'ictère, des mouvements fébriles irréguliers, une douleur sourde dans l'hypocondre droit, avec augmentation de volume du foie, accumulation de sérosité dans le péritoine et chloro-anémie caractéristique de la cachexie paludéenne. »

L'anatomie pathologique comprend des lésions qui sont caractéristiques de la fièvre bilieuse grave, d'autres qui lui sont étrangères, comme les altérations de l'encéphale et des méninges chez les sujets emportés par quelque accès pernicieux, comme l'inflammation chronique de la muqueuse de l'estomac consécutive à l'alcoolisme.

D'après les recherches nécroscopiques de M. Pellarin [1] et de M. Barthélemy-Benoît, dans la fièvre bilieuse hématurique, le foie, la rate et les reins sont altérés d'une manière spéciale et analogue. La rate présente une augmentation de consistance, de volume et de poids ; elle est ardoisée, violacée extérieurement, semble plutôt gonflée qu'hypertrophiée ; le parenchyme, gorgé de sang, est noir ou lie de vin. La congestion sanguine, qui distend l'organe, lui imprime rarement les dimensions qu'il atteint dans les fièvres des régions tempérées. Cette augmentation de volume se traduit pendant la vie par la tension plus ou moins marquée, mais rarement douloureuse de l'hypocondre. La lésion splénique ne diffère pas d'ailleurs dans la fièvre bilieuse et dans les accès pernicieux ordinaires.

Le foie ne présente pas les altérations, la coloration anémique, jaune pâle, l'hypertrophie partielle, l'augmentation de consistance, qu'il offre dans la fièvre jaune, Il éprouve une augmentation de volume, le plus souvent sans altération de forme ; il est tuméfié, engorgé de bile et de sang, rouge brun, violacé, marbré de plaques plus foncées, irrégulièrement diffuses. Les incisions faites dans son épaisseur montrent une coloration plus foncée et laissent couler un sang noir, fluide, ayant un aspect huileux dû au mélange de la bile. « La consistance générale du foie, écrit M. Barthélemy-Benoît [2], paraît plutôt augmentée, mais sa cohésion semble décroître en raison directe de l'étendue en surface et en profondeur des plaques que nous avons décrites ; il est plus friable et se casse plutôt qu'il ne se déchire par la traction. Ses frag-

[1] *Archives de médecine navale*. T. III et t. IV.
[2] *Loc. cit.*, p. 111-112.

ments présentent alors un aspect granitique plus accusé qu'à l'état normal ; mais l'examen microscopique des granulations n'y révèle pas le caractère d'une véritable hypertrophie, et ne permet pas de préciser sur quels éléments des *acini* porte cette augmentation apparente de volume. Je n'ai jamais constaté aucun indice d'altération se rapportant à la dégénérescence graisseuse. » Les plaques irrégulièrement diffuses sur la face convexe du foie indiquent, suivant cet observateur, une suffusion sanguine, une imbibition interstitielle avec ramollissement du parenchyme ; il suffit, lorsque l'organe est ainsi gorgé de sang, d'une pression modérée pour l'écraser en une bouillie rougeâtre, analogue à la boue splénique. « Ces diverses altérations se trouvent réunies avec leurs caractères les plus prononcés chez les sujets qui ont succombé dans la période de l'état bilieux, et permettent ainsi d'établir une corrélation certaine entre le degré de la congestion sanguine du foie et l'intensité de l'ictère. » La vésicule déborde le bord tranchant du foie, est en contact avec le duodénum et l'arc du côlon que la bile colore par transsudation ; elle est distendue, bien que ses conduits excréteurs soient libres, par une bile verdâtre, noirâtre, très-foncée et épaisse, ayant une consistance huileuse, sirupeuse, rappelant celle du goudron, du raisiné.

Dans une autopsie de fièvre hématurique, M. Lherminier avait constaté l'hyperémie des reins et des plaques ecchymotiques de la vessie. C'est à M. Pellarin et à M. Barthélemy-Benoît que sont dues les recherches qui établissent nettement la lésion spéciale des reins et la relation de cause à effet qui existe entre elle et l'hématurie. Dans quatre autopsies pratiquées à la Guadeloupe,

M. Pellarin a constaté avec les urines sanglantes la congestion des reins. Cette congestion atteint même le degré de l'infiltration sanguine ou de l'apoplexie capillaire ; et la lésion est d'autant plus profonde et étendue que les troubles fonctionnels ont été jusqu'à l'anurie. L'hyperémie se traduit, dans un certain nombre de cas, par l'augmentation de volume et de poids des deux reins, par une coloration extérieure rouge-brun, marbrée de plaques ecchymotiques noirâtres. Ces plaques occupent l'épaisseur de la substance corticale et pénètrent même plus ou moins profondément dans la substance tubuleuse. Au delà de la zone d'injection, la substance corticale est pâle et anémiée. La coloration noirâtre des plaques est due à la suffusion sanguine interstitielle, dont l'apparence est quelquefois celle d'un noyau apoplectique. « Le ramollissement du parenchyme rénal, écrit M. Barthélemy-Benoît, est assez ordinairement en rapport direct avec le degré de la congestion hyperémique, et il est surtout plus appréciable dans tous les points délimités par les plaques ecchymotiques dont nous avons parlé. La substance du rein y est imprégnée de sang noir, et se réduit en une bouillie violacée, sous la pression des doigts ; c'est une désorganisation localisée caractéristique. »

Les uretères sont vides, perméables dans toute leur étendue ; leur muqueuse, comme celle de la vessie, ne présente ni vascularisation ni aucune autre altération pathologique. La vessie contient peu d'urine ; celle-ci est peu colorée, ou bien trouble et jaunâtre, et les réactifs, qui y produisent un coagulum albumineux, n'y décèlent pas la matière colorante de la bile. « L'hématurie, dit M. Barthélemy-Benoît, est sous la dépendance im-

médiate de l'état apoplectique des reins, et l'absence absolue de lésion pathologique dans les autres organes qui concourent à l'acte rénal, les uretères et la vessie, vient hautement confirmer cette assertion d'une manière péremptoire. »

Les organes contenus dans la cavité abdominale et dans le thorax n'offrent aucune altération profonde et caractéristique. Les poumons sont ordinairement sains, un peu pâles ; le cœur est décoloré, flasque et mou. La muqueuse de l'estomac et celle du duodénum sont colorées par places par le contact de la bile, et présentent, dans certains cas, une vascularisation marquée, un certain degré de ramollissement, quelques plaques arborisées, surtout au voisinage du pylore et du cardia. Le reste du tube digestif n'est le siége d'aucune lésion spéciale. Un caractère important à noter, c'est la teinte jaune plus ou moins accusée qui pénètre les tissus par imbibition, les tissus blancs surtout. Le cerveau et ses enveloppes, la sérosité des ventricules, celle du péricarde, la séreuse du péricarde, la membrane interne des gros vaisseaux, les tendons et les valvules du cœur, les plèvres et leur sérosité prennent cette coloration ictérique. « J'ai quelquefois trouvé, dit M. Barthélemy-Benoît, la sérosité du péricarde colorée en jaune, et il était alors facile d'y constater la présence de la matière colorante de la bile, à l'aide des réactifs ordinaires. »

D'après ces observations, le sang qui s'écoule des incisions faites à la peau, au foie, à la rate, aux reins, aux poumons, est noir, fluide, mélangé de bile. Si l'ictère est intense, le sang a un aspect huileux, et, dans les taches graisseuses qu'il laisse sur le linge, la couleur jaune de la bile se distingue de la couleur rouge du sang. Les glo-

bules ne présentent aucune déformation dans le champ du microscope ; le sérum, au contact de l'acide azotique, donne un coagulum albumineux d'une teinte verdâtre ou jaune clair. L'analyse de la sérosité du péricarde fournit les mêmes résultats lorsqu'elle est colorée en jaune. Le sang qui provient de la rate et des reins n'a pas un aspect gras aussi prononcé que le sang extrait du foie ou des tissus, dont la coloration ictérique foncée indiquerait une imprégnation plus profonde de la bile. L'auteur ajoute : « L'absence de réaction propre à déceler la présence de la bile dans les urines sanguinolentes que nous avons analysées, se rapporte évidemment à cette différence, essentielle dans les caractères physiques du sang, et très-probablement dans sa constitution chimique. »

La nature de la fièvre bilieuse est-elle au fond réellement double? D'un côté, une influence paludéenne antérieure, active, prédominante, s'exerçant encore après la disparition des symptômes bilieux ; d'un autre côté, un élément bilieux donnant à la maladie la physionomie qui la caractérise. Auquel de ces deux éléments rapporter les graves symptômes observés? Le coma, les hémorrhagies, l'épistaxis, l'hématémèse, l'hématurie sont-ils liés à l'ictère ou sont-ils déterminés par la septicémie due à l'élément palustre? Une affection grave, qui n'a que des analogies avec la fièvre bilieuse, la fièvre jaune, présente des hémorrhagies multiples. Les formes graves de la fièvre palustre dans les pays tropicaux, les accès pernicieux peuvent offrir des symptômes hémorrhagiques. Voilà donc des hémorrhagies causées par un poison particulier, celui de la fièvre jaune, et par le poison palustre dans des pyrexies où les symptômes

bilieux ne sont pas en cause. D'un autre côté, dans des conditions morbides tout à fait étrangères à l'influence palustre, dans l'ictère grave, le coma et des hémorrhagies multiples s'offrent à l'observation. Faut-il alors, dans la fièvre bilieuse, attribuer les effets morbides au concours des deux causes agissant simultanément et dans le même sens? Difficile problème! car enfin chaque cause isolée, soit dans l'ictère grave, soit dans la fièvre pernicieuse, produit des effets autrement rapides ou terribles que ceux qui s'observent dans la fièvre bilieuse, même la plus grave.

Je serais porté à penser que, dans la fièvre bilieuse, l'élément palustre domine tout : étiologie, symptomatologie, marche, pronostic, traitement. Sa part morbide doit être la plus grande; à lui seul il constitue les plus graves symptômes de la pyrexie. La part de l'ictère doit sans doute être restreinte aux mêmes proportions que celle de l'hématurie. Comme celle-ci, l'ictère serait plutôt un effet symptomatique qu'une cause morbide aggravante. L'élément palustre agirait à la fois sur la rate, sur les reins et sur le foie, mais d'une façon inégale; moins prononcée sur la rate, cette action serait plus intense sur l'appareil hépatique, dont l'hyperémie produirait l'ictère et les autres symptômes bilieux; la congestion générale ou locale des reins, l'infiltration sanguine, allant jusqu'à l'apoplexie capillaire, causeraient l'hémorrhagie caractéristique de la fièvre bilieuse hématurique ou néphorrhagique.

La nature spécifique de cette fièvre implique un traitement spécifique, indication capitale que les préparations de quinquina doivent remplir. Une indication secondaire, mais très-importante, résulte des symptômes bi-

lieux; aussi, dans la pratique, les évacuants sont presque constamment employés avec le sulfate de quinine. L'ordre d'application des agents du traitement ne saurait être invariable; il dépend de la prééminence des divers symptômes.

L'utilité de l'ipéca à dose vomitive est reconnue par les médecins qui ont eu à traiter la fièvre bilieuse dans des pays différents. M. Barthélemy-Benoît le recommande; M. Dutroulau décrit aussi ses bons effets : « La bile verte des vomissements et des selles devient d'abord moins abondante, prend une couleur jaunâtre et ne tarde pas à se supprimer; les urines bilieuses ou sanglantes se modifient très-rapidement, et, d'une émission à l'autre, deviennent limpides et moins abondantes. » D'après M. Laure[1], qui observait à la Guyane : « Rien ne peut calmer le malaise et les vomissements plus sûrement que l'ipéca; le malade, aux approches de l'accès, rejette une étonnante quantité de matières bilieuses, et chaque fois il éprouve un bien-être complet. » Autant que possible, l'ipéca devra être administré au début du stade de chaleur; en activant la diaphorèse, il hâte la fin de l'accès. Dans la fièvre continue, il est utile dans le paroxysme fébrile; dans certains cas, on est obligé de revenir à son emploi. Le tartre stibié ne pourrait le remplacer; il exposerait à des accidents sérieux en augmentant la tendance à l'adynamie, si prononcée dans la fièvre bilieuse. Les sels neutres et le calomel sont prescrits à différentes reprises avec des avantages réels, et le calomel est souvent associé au sulfate de quinine pour remplir simultanément les deux indications du traitement. Cette asso-

[1] *Maladies de la Guyane.* Paris, 1859, in-8°.

ciation est surtout indiquée lorsque les rémissions sont irrégulières et de courte durée; elle est souvent même, dans les formes graves, la seule ressource à employer. L'intolérance de l'estomac s'oppose quelquefois à l'administration de ce mélange et de tout autre médicament. Lorsqu'on a vainement cherché à diminuer ou à faire cesser les vomissements et les selles par les divers moyens usités en pareil cas, il est utile d'appliquer un vésicatoire volant recouvrant l'épigastre et les deux tiers de la région antérieure du foie. « Le plus souvent, dit M. Barthélemy-Benoît, qui préconise ce moyen, dès que la vésication est complète, les vomissements sont suspendus; s'ils reparaissent, ce n'est plus qu'à des intervalles assez éloignés. » Le résultat obtenu par cette large révulsion peut d'ailleurs être maintenu par l'absorption d'un sel de morphine déposé, matin et soir, à la dose de 25 milligrammes, sur le derme dénudé, au centre du creux épigastrique.

Si la fièvre est franchement intermittente, l'administration du sulfate de quinine doit commencer immédiatement après l'accès; on attendra la rémission si le type rémittent est bien marqué. L'opium, associé au sel quinique, sert à le faire garder; mais si l'intolérance de l'estomac est trop prononcée, il faut essayer de faire absorber le médicament par la voie rectale; enfin, si quelque tendance à la perniciosité vient à se montrer, on se hâtera d'administrer le sulfate de quinine par toutes les voies d'absorption, en profitant de tous les instants de repos que laissent les évacuations morbides. « Je suis convaincu, écrit M. Dutroulau, que c'est à un défaut d'attention ou de persistance qu'il faut attribuer l'insuccès prétendu de ce médicament, et la conclusion qu'on en a tirée de la nature non paludéenne de la fièvre bi-

lieuse. Je m'empresse de dire cependant que l'expérience m'a appris, comme à la plupart des médecins qui pratiquent depuis longtemps dans les climats palustres de la zone torride, que la fièvre bilieuse est peut-être, de toutes les formes de fièvre grave, celle où le sulfate de quinine doit être le moins longtemps administré : deux ou trois jours de traitement et 4 à 6 grammes du médicament, en tout, m'ont toujours paru suffisants pour conjurer les dangers de la complication paludéenne. »

ARTICLE IV. — Fièvres pernicieuses.

La fièvre pernicieuse comprend tous les accès fébriles qui présentent une intensité exagérée des phénomènes de la fièvre intermittente ou qui se compliquent d'accidents graves vers les principaux organes de l'économie. C'est dans les régions tropicales qu'elle se montre avec toute sa puissance et la variété infinie de ses symptômes; elle y complique les divers types de la fièvre et peut les revêtir tous; elle aggrave des états morbides très-variés et sans lien nécessaire avec l'endémie palustre. Rien de plus irrégulier que sa marche : une fièvre intermittente, rémittente ou continue, dont les accès, les rémissions et les symptômes se succédaient régulièrement, se modifie et s'aggrave tout à coup; souvent c'est à la fin de ces fièvres que la perniciosité apparaît; dans d'autres cas, c'est au premier accès; parfois, l'irrégularité de ses allures trahit sa vraie nature. Elle prend quelquefois les types quotitien et biquotidien, et ces courts accès ne sont pas les moins graves; plus rarement, c'est le type tierce ou le type quarte, mais alors elle commence insidieuse-

ment comme une fièvre simple ou comme une fièvre larvée. La perniciosité se cache sous les formes multiples de cette dernière : névralgies irrégulières, hématurie et hémoptysie intermittentes, accidents apoplectiques, éclamptiques, attaques d'hystérie à type tierce, masques dont la bizarrerie égale la diversité.

La fièvre, qui débute par un état saburral prononcé, revêt parfois la forme algide. La dysentérique, plus grave que l'algide dépourvue de complication, l'est beaucoup moins que la pernicieuse cholérique. La comateuse m'a paru la forme la plus redoutable. La valeur pronostique des symptômes varie. La suppression des urines est un des plus sérieux ; elle annonce toujours un état grave de l'économie. L'apparition de ce symptôme marque le début des accidents les plus redoutables, et sa disparition coïncide avec l'amendement de tous les autres signes. Rares chez l'adulte, plus fréquentes chez l'enfant, les convulsions ne le cèdent en gravité qu'au vomissement noir ; celles qui se déclarent vers la fin d'un accès, lorsque la fièvre a été intense et a présenté une certaine durée, ne précèdent la mort que de quelques heures ou même de quelques minutes. Le vomissement noir est plus grave chez l'adulte que chez l'enfant. En 1859, j'ai vu à Saint-Pierre un enfant de race blanche et une petite mulâtresse, de six ans tous les deux, guérir, après avoir eu, pendant quarante-huit heures, des vomissements de matières noires et de sang vif. La réunion fréquente, chez l'enfant, des vomissements noirs et des convulsions constitue les cas les plus désespérés. Il est encore dans ces conditions des guérisons exceptionnelles.

Il existe deux symptômes insolites dont il faut tenir grand compte : c'est une douleur très-vive, siégeant en

un point quelconque du corps et survenant brusquement au début ou dans le cours de la fièvre. Je l'ai observée trois fois : chez une femme de cinquante ans qui succomba, elle simulait le point de côté de la pleurésie ; deux fois elle siégeait dans les muscles de la cuisse, et n'avait précédé que de quelques instants l'invasion de la fièvre. L'un des deux malades guérit ; l'autre, âgé de dix ans, mourut avec des convulsions et des vomissements noirs. Cette douleur aiguë est un signe pronostique de la plus haute gravité. L'autre symptôme, encore plus rare, est le vomissement bleu ; il ne survient que dans le cours de la fièvre, et ne s'observe que chez l'adulte, chez des malades atteints de cachexie palustre et de diarrhée chronique ; quelquefois il y a deux ou trois de ces vomissements, dont la consistance est gélatineuse et la coloration bleu clair.

A l'inverse de la fièvre jaune, la fièvre pernicieuse ne procure aucune immunité. Il est, au contraire, des malades sujets à contracter la fièvre et dont la vie est mise chaque fois en péril par des accès pernicieux dont la forme seule varie. Ces exemples ne sont que trop fréquents dans la pratique ; je me rappelle un enfant de race blanche qui, après avoir eu, en 1859, des vomissements noirs et des convulsions, mourut, en 1861, avec les mêmes accidents. A quoi tient, pour la fièvre pernicieuse, cette prédisposition singulière ? Question obscure comme la nature du miasme et comme son mode d'action sur l'économie !

Nulle race n'est à l'abri de la fièvre pernicieuse, qui atteint tous les âges, surtout les limites extrêmes de la vie. Beaucoup de vieillards succombent à des accidents pernicieux ; beaucoup d'enfants, après un ou deux accès

légers, inaperçus même quelquefois, sont emportés par un accès pernicieux, après avoir eu des vomissements noirs ou des convulsions. Souvent, chez eux, un premier accès fébrile débute par une convulsion partielle ou générale, signe fâcheux qui annonce une manifestation semblable aux accès suivants. Toute affection chronique, toute cause profonde d'affaiblissement, les privations, les chagrins, l'alcoolisme, prédisposent aux accidents pernicieux. Aussi le médecin doit-il les redouter, et dans les maladies apyrétiques et dans les fièvres symptomatiques, et dans toutes les convalescences.

Si les formes les plus variées de la fièvre pernicieuse peuvent s'observer sous les tropiques, dans les localités où règne l'endémie palustre, ces formes n'ont pas toutes la même fréquence ; quelques-unes sont rares, d'autres sont exceptionnelles. La comateuse et la fièvre algide se rencontrent fréquemment ; la dysentérique n'est pas très-rare ; il en est autrement de la cholérique, de la pneumonique, de la diaphorétique et de la syncopale. Les variétés de la fièvre pernicieuse que caractérise un symptôme prédominant peuvent être, au grand avantage de l'étude, rattachées à deux groupes principaux, celui des algides et celui des comateuses : le premier comprenant la fièvre syncopale, la cholérique et la dysentérique ; le second, la tétanique, l'éclamptique, la léthargique.

Les symptômes nerveux qui caractérisent certains accès ne sauraient constituer un groupe à part, et ne nécessitent pas une description particulière. L'agitation, le délire, même le délire furieux, peuvent compliquer tous les accès fébriles, l'accès comateux comme l'accès algide, où la violence du délire n'est que l'exagération de la réaction cérébrale ; les convulsions, si fréquentes

chez les enfants, ne peuvent non plus être décrites sous le nom de pernicieuse convulsive ou éclamptique. D'ailleurs, la fièvre pernicieuse n'offre pas toujours le même aspect pendant toute sa durée ; les symptômes varient et prédominent les uns sur les autres. Chez l'enfant, par exemple, des convulsions ouvrent la scène, font place à l'algidité ou au coma, des vomissements noirs apparaissent, et la vie s'éteint dans une convulsion ultime. Sous quel nom décrire ces fièvres constituées par une association d'éléments pernicieux qu'il n'est pas rare de rencontrer dans la pratique? Nous étudierons dans deux chapitres séparés la pernicieuse algide et la pernicieuse comateuse ; mais, avant d'aborder cette étude, nous présenterons deux observations prises sur des enfants à Saint-Pierre-Martinique, et qui montrent l'horrible gravité de quelques-uns des symptômes de la fièvre pernicieuse.

Observation Ire. — 1859, 3 août. Aline G..., âgée de neuf ans, après un peu de malaise et de céphalalgie, est prise de fièvre vers le soir. Chaleur frontale, peau sèche et brûlante, pouls développé, 134 pulsations. Tilleul sucré, pédiluve.

Le 4, au matin, mêmes symptômes, lèvres très-rouges, injection fine des sclérotiques, urines rares et foncées. Deux verres de limonade au citrate de magnésie additionnée de 2 grammes de sulfate de quinine ne sont gardés qu'en partie et procurent trois selles. Dans la journée, transpiration abondante, pouls à 115. 1 gramme de sulfate de quinine est immédiatement donné, mais la moitié est rejetée.

Le 5, mêmes symptômes, mais l'injection oculaire est plus marquée et le pouls est à 140. L'indocilité de la malade force à renoncer à l'administration de la quinine par la bouche. 500 grammes de décoction concentrée de quinquina,

additionnée de 3 grammes de sulfate de quinine sont prescrits pour quatre lavements. Ceux-ci sont gardés et donnent deux garde-robes. La peau devient moins brûlante par moments, le pouls oscille entre 120 et 140. Dans l'après-midi, la malade a deux vomissements de mucosités et de bile, et à onze heures un vomissement grisâtre strié de noir. Toute la nuit les vomissements noirs continuent.

Le 6, consultation avec M. le docteur Martineau. L'état est le même, le visage est plus rouge, les yeux plus injectés, le pouls à 140 ; l'intelligence est intacte. Continuation toutes les trois heures d'un lavement de quinquina, ingestion de fragments de glace, compresses glacées sur le front et sur l'épigastre, application de dix sangsues aux apophyses mastoïdes ; suppression des urines depuis la nuit. Quoique l'enfant ne boive plus, les vomissements noirs viennent à flots. Il y en a eu de trente à quarante dans la journée ; les derniers sont formés de sang pur. A quatre heures, le pouls faiblit, devient mou, petit, dépressible, mais donne le même nombre de pulsations. La respiration se précipite, l'anxiété est extrême, les extrémités se refroidissent, s'œdématient et deviennent bleuâtres. Trois violentes convulsions générales se succèdent rapidement, et la mort survient vers six heures.

Observation II. — 1859, 10 août. Marie de V..., âgée de cinq ans, née à San-Francisco (Californie), ayant quatre mois de séjour dans la colonie, est prise de fièvre dans la nuit. Céphalalgie, visage coloré, injection des yeux, peau sèche, et brûlante, pouls à 140. De huit à neuf heures du matin, 1 gramme de sulfate de quinine est donné en deux doses. Le pouls tombe à 120 et la chaleur diminue par moments. Des lavements de décoction concentrée de quinquina, additionnée de 2 grammes de sulfate de quinine, sont prescrits pour la journée. A deux heures survient une épistaxis suivie de trois vomissements une heure plus tard. Deux de ces vomissements ressemblent à de la gelée de groseille mal prise ; le troisième est formé de mucocités brunâtres. Application de quatre

sangsues à l'épigastre, eau de Seltz glacée pour boisson. Dans la soirée, suppression des urines, peau fraîche, visage congestionné, respiration naturelle, pouls à 140. Vers dix heures, l'enfant, prise de délire, parle et chante incessamment. Quelques mouvements convulsifs agitent les avant-bras.

Le 11, à trois heures du matin, je trouve la peau sèche et brûlante, les mouvements convulsifs plus marqués, le pouls à 160 et l'injection des yeux plus prononcée. Huit sangsues aux apophyses mastoïdes. Continuation des lavements de quinquina et de quinine. M. le docteur Martineau, appelé en consultation, essaye les affusions froides. L'enfant réclame vivement ces affusions, qui sont renouvelées à neuf heures, à onze heures et à trois heures. Chaque fois, sous leur influence, la chaleur de la peau disparaît et le pouls tombe de 170 à 130, mais la sédation ne dure qu'une demi-heure. A quatre heures surviennent deux vomissements noirâtres; plus tard, il n'y a plus que des nausées, le délire augmente, la langue devient sèche, tout le corps est agité de mouvements convulsifs; sans être violentes, les convulsions deviennent incessantes, les extrémités se refroidissent, le pouls disparaît et la mort arrive à dix heures du soir.

ARTICLE V. — Fièvre comateuse.

Cette fièvre est désignée également sous le nom de soporeuse, de carotique, d'apoplectique, de comateuse épileptique, qui désignent des degrés de gravité différents appartenant au même état morbide.

Qu'elle agisse au milieu du foyer palustre ou loin de ce foyer, l'insolation est une cause occasionnelle puissante, mais non nécessaire. Des individus qui viennent de quitter une localité marécageuse et qui ont subi une insolation prolongée peuvent être foudroyés par un

accès apoplectique. Un gendarme, cité comme témoin dans une affaire criminelle, se rend du Robert, localité palustre de la Martinique, à Saint-Pierre, et fait la route à cheval, exposé au soleil pendant plusieurs heures. Dans l'après-midi, il dépose devant la Cour d'assises, et dans la soirée il est emporté par un accès apoplectique. Je pourrais citer d'autres exemples. L'accès comateux est loin de succéder toujours à une insolation et de s'observer aux heures où le soleil est le moins distant de son zénith; il éclate quelquefois le soir, dans la nuit même ; il se déclare chez des malades alités depuis plusieurs jours. Comme les autres fièvres pernicieuses, la comateuse se montre surtout chez ceux qui passent, après un séjour plus ou moins long, d'une localité palustre dans une autre qui ne l'est pas. Ce séjour et cette influence paludéenne directe ne sont pas des conditions nécessaires; à Saint-Pierre et dans ses environs, dont le sol ne présente pas la constitution palustre, la fièvre comateuse se rencontre sur des individus sédentaires. Je l'ai observée sur l'Européen, sur le créole, sur le mulâtre et sur le nègre; pas plus que les races, les tempéraments n'ont d'influence étiologique ; les sujets anémiés n'en sont nullement à l'abri.

L'observation suivante est le cas le plus rapide de fièvre pernicieuse à forme congestive que j'aie rencontré chez l'adulte :

1861, 1er novembre. M. A. de M..., âgé de trente ans, d'une robuste constitution, revenu à Saint-Pierre depuis dix jours d'une localité marécageuse de la colonie, est pris dans la nuit d'un léger accès de fièvre. C'est le seul qu'il accuse; depuis quelques jours il avait un peu de diarrhée, mais la veille au soir il se livrait à ses occupations ordinaires. Sur

l'avis de son médecin, il prend, dans la matinée, 1 gramme de sulfate de quinine. A trois heures, il reconduit des amis jusqu'au seuil de sa maison en leur disant que le plaisir qu'il éprouve à fumer est l'indice qu'il n'a plus rien. Un voisin, entrant dans sa chambre, vers six heures, ne peut le réveiller. Je le vis vers neuf heures. Le visage était vultueux et couvert de sueur, la pupille un peu dilatée, la sensibilité abolie, la peau chaude; le pouls augmentait de fréquence en se déprimant, à 130 à neuf heures, à 180 à onze heures; le râle trachéal s'entendait de fort loin. En vain avait-il été fait des applications de sangsues et de vésicatoires. Le malade, après avoir rendu de la matière noire par la bouche, mourut à trois heures de la nuit.

L'accès pernicieux ne débute pas d'emblée; comme dans l'observation précédente, il est précédé de quelque trouble de la santé, d'un ou deux accès fébriles irréguliers, si légers et parfois si courts que le malade ne s'en préoccupe pas. Son invasion est brusque, sa marche rapide, les accidents sont intenses tout de suite. Si le malade est debout, il est pris de vertige et tombe comme foudroyé : est-il couché, l'invasion a lieu sans que l'entourage s'en aperçoive, et la respiration stertoreuse du malade révèle seule le péril. Très-rarement un violent délire, des accidents convulsifs précèdent le coma; très-rarement encore, un ou deux accès, où prédomine la somnolence, où le coma se montre à un certain degré, s'observent avant l'invasion de l'accès comateux. La somnolence, qui se rencontre dans des accès simples et très-réguliers, est loin d'ailleurs d'indiquer la perniciosité. Le frisson est à peine indiqué ou manque tout à fait; la chaleur se développe rapidement et la peau se couvre d'une sueur chaude, souvent abondante. Rarement l'in-

termittence est marquée ; ordinairement, l'accès comateux est unique et d'une durée assez longue ; lorsque l'accès se prolonge, quelques symptômes de rémittence peuvent se dessiner; le coma est parfois interrompu par un délire bruyant et des mouvements convulsifs, après lesquels il devient plus profond. Les accès que j'ai observés n'ont pas dépassé huit ou dix heures ; il en est dont la durée peut être de plusieurs jours.

Les symptômes caractéristiques de la fièvre comateuse portent sur la motilité, la sensibilité, l'intelligence, la circulation et la respiration. La sensibilité générale est plus ou moins obtuse ; les sens sont émoussés ; le malade dont on éveille fortement l'attention répond seulement par quelques monosyllabes ou par quelque marque d'impatience ; l'œil, injecté, larmoyant, paraît insensible à la lumière ; quelquefois il reste ouvert, et la paupière ne s'abaisse pas instinctivement devant un corps étranger ; sous l'impression d'une lumière qu'on en approche, la pupille ne se contracte pas non plus ; le malade laisse échapper quelques plaintes sourdes, dues sans doute à la violence de la céphalalgie. Les lésions du mouvement simulent l'immobilité du sommeil ou la résolution complète de l'apoplexie ; l'abolition du mouvement qui marque l'invasion de l'accès persiste rarement pendant toute sa durée ; le retour des mouvements annonce l'intermittence ou la rémittence de la fièvre et se rencontre avec l'amendement des autres symptômes ; dans les accès qui ont une terminaison funeste, il n'est pas rare d'observer quelques contractions musculaires, du strabisme ou du trismus. Dans la forme apoplectique, il y a abolition simultanée, absolue et même permanente de la sensibilité générale et spéciale, de l'intelligence et

du mouvement ; les symptômes de paralysie vont jusqu'à l'émission involontaire des urines et des matières fécales. Le coma est parfois interrompu par des contractions violentes, toniques et cloniques, de courte durée et d'une extrême gravité. Ces contractions caractérisent les formes tétanique, épileptique, éclamptique de la fièvre comateuse.

Les troubles de l'intelligence accompagnent les lésions de la sensibilité et de la motilité et en suivent les variations dans le cours de la fièvre et dans les premiers jours de la guérison. Le malade, en effet, conserve un peu de stupeur, d'hébétude, d'incohérence dans les idées, d'incertitude dans les mouvements, parfois un léger degré de strabisme, et il éprouve un sentiment de fatigue générale et un engourdissement douloureux des membres. Le pouls est d'abord ample, dur, tendu ; les pulsations sont à 120, 140 et plus ; elles s'accélèrent, et à la fin d'un accès mortel, elles se précipitent en s'affaiblissant et ne peuvent être comptées. La respiration, souvent précipitée, est caractéristique ; elle est haute, suspirieuse, stertoreuse ; dans quelques cas, le râle trachéal s'entend de loin.

L'accès comateux offre rarement des intermittences, et les rémissions n'en sont pas franches ; le coma est moins profond ; le malade fait quelques mouvements, donne quelques signes d'intelligence ; mais ce ne sont là que des lueurs qui s'effacent vite. Cependant, il est des cas où la rémission se dessine mieux ; le pouls se ralentit, perd de son ampleur ; la sensibilité se réveille, la parole revient avec l'intelligence, qui peut rester voilée pendant plusieurs jours. Rarement l'accès se juge par la sueur ; la peau, moite et chaude dès le commencement, conserve

un certain degré de chaleur après que les accidents pernicieux sont conjurés. Dans certains cas, après leur disparition, on observe encore pendant un jour ou deux quelques symptômes comateux, qui ne sont qu'une manifestation affaiblie et peu redoutable. Lorsque l'accès se prolonge ou que son caractère est très-grave, le pouls devient plus petit et se précipite; la respiration, plus haute, bruyante même, s'accélère; l'insensibilité est plus profonde, et le coma, interrompu par des contractions toniques et cloniques, se prononce de plus en plus. Lorsque avec ces symptômes le caractère de la transpiration vient à changer, que la peau se refroidit et que la sueur devient collante, le malade ne tarde pas à succomber, et c'est quelquefois après un vomisssement noir que la vie s'éteint.

Le diagnostic de la fièvre comateuse ne présente réellement pas de difficultés; les commémoratifs, un accès fébrile antécédent, les signes de la diathèse palustre, l'absence des symptômes pléthoriques, qui ne s'observent que chez quelques rares acclimatés et chez quelques Européens, mettent ordinairement sur la voie du diagnostic; mais il est des cas où les renseignements font défaut et où le médecin doit trouver dans les symptômes seulement les éléments de son diagnostic. La confusion ne pourrait exister qu'entre la forme apoplectique et l'apoplexie véritable. Cette dernière affection est rare aux Antilles; elle est exceptionnelle chez les hommes des races tropicales. Lorsque les symptômes éclatent brusquement par le vertige, suivi de chute et de résolution des membres, avec perte de sensibilité et de connaissance, la distinction est impossible dans le premier moment. L'abstention de la saignée dans l'apoplexie, con-

seillée par M. Trousseau, est surtout commandée dans la pratique des pays chauds; dans les cas de fièvre pernicieuse apoplectique, bien plus fréquente que les vrais cas d'apoplexie, la saignée aurait pour résultat de déprimer les forces et de hâter la terminaison fatale. En n'intervenant pas intempestivement, en sachant attendre un peu, on voit l'affection se dessiner et prendre une marche et des allures qui éclairent le diagnostic; la moiteur et la chaleur de la peau, l'accélération du pouls, démontrent que les accidents apoplectiques doivent être rattachés à une fièvre d'accès.

L'autopsie ne découvre ni suppuration de la substance cérébrale et de ses enveloppes, ni foyer apoplectique, ni inflammation, ni aucune autre lésion profonde en rapport avec l'intensité des symptômes. Comme dans les fièvres graves d'une certaine durée, les membranes du cerveau, la pie-mère surtout, offrent une injection plus ou moins vive, la substance cérébrale un piqueté rouge, et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien une extravasation sanguine, et quelquefois même de petites ecchymoses; ce tissu peut être infiltré de sérosité; les ventricules du cerveau en contiennent également. Comme dans ces fièvres, on retrouve aussi le piqueté de l'estomac, lorsqu'il y a eu des vomissements noirs, et la teinte jaune générale, marbrée par places de larges taches violettes, surtout dans les parties déclives du cadavre.

L'extrême difficulté, l'impossibilité même d'appliquer le traitement ajoute encore à la gravité de la fièvre comateuse. La potion acide de sulfate de quinine passe difficilement à cause du spasme du pharynx et de l'œsophage; le plus souvent même, la déglutition est impossible; et dans les formes les plus graves, dans

l'apoplectique, c'est à l'injection rectale seule qu'on peut recourir. Malgré la confiance médiocre qu'elles inspirent, les frictions et les applications endermiques avec les préparations quiniques sont toujours usitées dans ces cas si graves, où il faudrait arriver à saturer le malade du médicament. Il conviendrait d'essayer, à l'exemple de M. Ancelon (de Dieuze) [1], de faire pénétrer le médicament par la surface bronchique et pulmonaire ; on pourrait soumettre le malade à la pulvérisation d'une solution très-chargée de sulfate de quinine, 5 ou 6 grammes pour un litre de décoction de quinquina.

Les injections hypodermiques devraient être tentées dans ces accès, où l'on ne saurait trouver trop de portes d'entrée pour le sulfate de quinine. Le sujet offre trop d'intérêt pour que je ne rappelle pas, dans un résumé emprunté à la *Gazette hebdomadaire* [2], les différentes applications faites dans ces dernières années de la méthode hypodermique au traitement des fièvres.

« L'idée d'utiliser la méthode hypodermique pour l'absorption de la quinine dans les fièvres intermittentes, quoique de date récente, compte déjà un grand nombre d'applications. Le docteur Chassaud (de Smyrne), semble le premier avoir eu recours à ce mode de traitement, et il a rapporté cent cinquante cas de fièvre intermittente compliquée de symptômes gastriques, dans lesquels le succès a été remarquable. Le docteur Goudas a également rapporté quinze cas heureux (*Union médicale*, 1862).

[1] *Gazette des Hôpitaux*, 14 avril 1866.

[2] 1867, nº 8, p. 127 (*Usage de la quinine par la méthode hypodermique*, par le docteur Bulkley, médecin à New-York Hospital. 1867, nº 9, p. 141 (*Du traitement des fièvres d'Algérie par les injections hypodermiques de sulfate de quinine*, par M. J. Arnould).

Le docteur J. M. Braith (*British medical Journal*, 6 juin 1866) insiste également sur les bons effets de ce traitement dans les fièvres pernicieuses. M. W. J. Moore, à Bombay (*Lancet*, 1863), a essayé cette méthode sur une large échelle avec des résultats très-favorables. Il employait une solution de 30 grains de quinine et 8 ou 10 gouttes d'acide sulfurique étendu d'eau ; pour une once d'eau il en injectait 4 ou 5 grammes, c'est-à-dire une quantité de solution contenant environ 2 décigrammes et demi de sulfate de quinine. Il établit que dans trente cas de fièvre intermittente et dans plusieurs cas de fièvre rémittente, il réussit presque invariablement. Dans les premiers cas, une seconde injection était rarement nécessaire ; dans les autres, il fallut ordinairement jusqu'à cinq ou six injections. Il n'y eut d'inflammation que deux fois. Dans un cas, le mode opératoire était défectueux ; dans l'autre, la quinine était en suspension et non en solution ; aussi est-il important que la solution soit parfaitement claire. M. Moore pense que le moment le plus favorable dans la forme intermittente pour faire l'injection doit être rapproché de l'époque présumée du frisson, mais on peut opérer pendant le premier stade avec succès. Dans les cas graves, l'injection doit être répétée à des intervalles de six à huit heures. 2 à 3 décigrammes injectés sous le tégument seraient, suivant M. Moore, équivalents à cinq ou six fois la même quantité introduite dans l'estomac, et, de plus, les effets sont bien plus certains.

« Pletzer, Rosenthal, Zülker, ont également employé les injections hypodermiques de quinine avec avantage. Gualla, en 1863, a réussi dans quarante-neuf cas de fièvre intermittente. Desvigne, qui a observé plus de cent

cas de fièvres paludéennes en Toscane; Saemann, Lorent, Erlenmeyer, ont rapporté des succès. Eulenburg a publié dix cas dans lesquels 2 grains de quinine, dans le premier stade, ont arrêté un accès de fièvre de marais. Enfin, le docteur Maury (de Port-Gibson) a publié, en octobre 1866, trente-cinq cas de fièvres des marais traités par la quinine en injections hypodermiques. Dans la plupart des cas, 30 centigrammes environ furent injectés. M. Bulkley communiqua à son tour deux cas de fièvre rémittente congestive, traités avec succès par l'emploi hypodermique de la quinine. Dans le premier, le malade, âgé de quarante-neuf ans, était dans le collapsus lorsqu'il entra à l'hôpital. Il était impossible de lui faire avaler aucun médicament. On fit à trois reprises et en cinq heures trois injections représentant 6 décigrammes de sulfate de quinine. Quatre heures après la dernière injection, le malade était en pleine réaction et l'on put lui faire prendre la quinine par la bouche. Le malade guérit en douze à quatorze jours.

« Dans un autre cas, le malade avait eu un accès le jour de l'admission, et le jour suivant un autre accès dont la réaction ne se produisait pas ; les sueurs étaient profuses et continuelles, puis du délire survint avec congestion de la face, chaleur de la peau et douleurs abdominales. On prescrivit des ventouses à la nuque et l'on fit deux injections de la solution de quinine, de 25 centigrammes chacune, à une heure d'intervalle. Le malade devint plus calme. Deux heures plus tard, on fit une troisième injection de 25 centigrammes, puis on fit absorber par la bouche environ 30 centigrammes de quinine toutes les heures. Les doses furent peu à peu diminuées, et le malade guérit en neuf jours. Dans un

troisième cas, on eut une amélioration évidente pendant cinq jours, mais le malade mourut à la suite d'une rechute. La formule employée était la suivante : sulfate de quinine, 4 grammes ; acide sulfurique étendu, 2gr,50 ; eau, 31 grammes. » (*The medical Record*. New-York, 1er janvier 1867.)

« L'emploi hypodermique du sulfate de quinine tend à se généraliser. M. Arnould examine cette question avec l'autorité que peut donner une expérimentation dans cent cinquante-six cas, dans un pays, comme l'Algérie, notoirement infecté du principe des fièvres intermittentes. Les résultats de l'administration du sulfate de quinine par la méthode hypodermique peuvent se résumer de la façon suivante :

« Sur 55 fièvres de printemps, par elles-mêmes bénignes, 33 ont obtenu leur guérison à l'aide de la méthode hypodermique seule, à raison de 3 injections par malade, sauf 5 cas, dans lesquels on est allé jusqu'à 5 et 6 injections. Dans 20 cas, les injections ont supprimé l'accès pour quelques jours. D'autre part, sur 49 fièvres franchement intermittentes, presque toutes de première invasion, l'atteinte actuelle de fièvre a toujours cédé aux injections seules, très-souvent dès la deuxième. Huit fois le traitement a nécessité 4 injections. Il faut ajouter que 30 fois le sulfate de quinine a été donné par la bouche postérieurement aux injections, mais 24 fois il a été purement de précaution. Dans une autre catégorie, M. Arnould a essayé le sulfate de quinine en injections hypodermiques, dans cette forme spéciale de fièvres d'Algérie, dites rémittentes, ou pseudo-continues ou rémittentes bilieuses : dans 38 cas, le succès a été constant. Restait, enfin, la rude épreuve des accidents pernicieux :

sur 8 cas, sauf 1 cas malheureux, la méthode hypodermique a été victorieuse au point de vue de la curation.

« Se basant sur ces heureux résultats, qui concordent avec ceux qui ont été signalés d'autre part, l'auteur conclut que le sulfate de quinine peut être administré, en toute sécurité, dans les fièvres endémo-épidémiques de l'Algérie, en tant qu'il s'agit de faire cesser les accidents primitifs de l'intoxication palustre.

« Dans la seconde partie de son travail, M. Arnould examine les avantages de la méthode de traitement : économie, réduction au tiers de la dépense, administration facile à tout moment, malgré l'état des premières voies, malgré les vomissements, malgré le coma et l'impossibilité de la déglutition.

« D'autre part, il y a, dans cette méthode, quelques inconvénients. Les uns tiennent à la difficulté de se procurer une préparation convenable du liquide à injecter. M. Arnould conseille l'emploi de solutions très-concentrées, limpides et chimiquement indifférentes. Ce médecin a employé une solution contenant 1 décigramme de sel par centimètre cube; il injectait à chaque opération 3 ou 4 décigrammes de sel, et le plus souvent 3 injections ont suffi, quoique, dans quelques cas, il ait dû injecter jusqu'à 3 grammes et même plus. La seringue employée contenait un peu plus de 1 centimètre cube.

« Quant aux accidents qui sont liés à la méthode des injections, l'auteur ne les dissimule pas; mais il montre qu'en général ils ont peu d'importance : un peu de douleur locale, de rougeur, de tuméfaction, quelquefois une petite eschare, une induration consécutive et de petits abcès superficiels ; les abcès, il est vrai, se sont montrés

assez fréquemment, environ une fois sur trente, mais ne présentant pas de gravité.

Quoi qu'il en soit, ces accidents doivent être pris en considération et tendraient à limiter l'emploi de la méthode, et M. Arnould s'est attaché, dans ses conclusions, à déterminer les cas dans lesquels l'usage des injections hypodermiques de sulfate de quinine peut se restreindre, et que l'on peut classer de la manière suivante : 1° la plupart des accès pernicieux dans lesquels l'administration par la bouche est difficile, l'absorption lente et incertaine ; 2° les fièvres avec état gastrique, se traduisant par des nausées et surtout des vomissements spontanés, pendant tout le temps que durent ces vomissements; 3° les fièvres rémittentes et continues, au moins au début du traitement, lorsqu'il y a indication de ne pas retarder l'emploi des évacuants, et que, d'un autre côté, on pourrait mal faire en différant l'usage des médicaments spécifiques ; 4° les fièvres quelconques, chez les malades qui tolèrent mal le sulfate de quinine administré par la bouche ; 5° les fièvres réfractaires aux médicaments et aux procédés usuels et pour la guérison desquelles il faut essayer toutes les ressources de la thérapeutique ; 6° enfin, la considération de l'économie de la substance employée présente une certaine importance quand il s'agit de malades pauvres. Dans tous les cas, la méthode hypodermique peut se combiner avec les procédés habituels d'administration du médicament. (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1re, 2e et 3e livraisons, 1867.)

Les indications formulées par M. Arnould se retrouvent également dans la pyrétologie des pays intertropicaux. Les injections hypodermiques sont appelées sans

doute à donner d'heureux résultats dans certaines formes pernicieuses, comme la comateuse, l'apoplectique, où l'administration du sulfate de quinine par la bouche n'est plus possible. Dans ces dernières formes si graves, le traitement auxiliaire ne devra pas être négligé. Un lavement purgatif au début débarrasse l'intestin et opère une dérivation ; des sinapismes seront promenés sur différentes parties du corps ; des vésicatoires seront appliqués aux membres inférieurs. Dans quelques cas, la cautérisation sincipitale est parvenue seule à dissiper le coma.

Si intenses que soient les symptômes apoplectiques ou comateux, si précises que les indications puissent paraître, il ne faut jamais employer la saignée ; des applications de sangsues aux apophyses mastoïdes ont seules quelque utilité. Dans les cas où la maladie tend à guérir, mais où la peau reste chaude et la parole embarrassée, où l'on observe de l'hébétude et de l'incertitude dans les mouvements, l'association du calomel au sulfate de quinine paraît avantageuse.

ARTICLE VI. — Fièvre algide.

L'algidité est la terminaison fréquente de beaucoup d'accès pernicieux, à quelque espèce de fièvre qu'ils appartiennent. « L'état algide, dit avec un grand sens d'observation M. Dutroulau [1], semble être l'expression la plus vraie du mode d'action de la cause palustre sur l'organisme vivant, et est peut-être le fond pathologique sur lequel viennent s'enter les autres espèces pernicieuses ;

[1] *Loc. cit.*, p. 236.

d'où il suit qu'il doit apparaître seul dans beaucoup de cas, et que, dans d'autres fièvres où il n'a été que masqué, il reparaît dès que les symptômes spéciaux de ces fièvres se sont modifiés. Toujours est-il que la fièvre algide existe partout comme espèce de fièvre pernicieuse, et que l'état algide est la complication ou la terminaison la plus fréquente des cas mortels de fièvre pernicieuse, quelle que soit leur forme. »

La fièvre pernicieuse algide, caractérisée par la dépression des forces, la décoloration de la peau et l'abaissement de la température, suivie le plus souvent de sueurs abondantes et glacées, est généralement désignée sous le nom de fièvre froide, d'accès froid, en opposition avec la fièvre comateuse appelée fièvre chaude ou ardente. A la fièvre algide doivent être rapportées la pernicieuse cholérique et la pernicieuse dysentérique.

Anatomie pathologique. — Les lésions diffèrent peu de celles de la fièvre comateuse, si différente que soit l'expression symptomatique de ces accès. Infiltration de sérosité dans les membranes du cerveau; les ventricules du cerveau remplis de sérosité sanguinolente; la substance cérébrale un peu ramollie et comme sablée; le cœur flasque, ramolli et décoloré. La coloration rouge-brun et la congestion de la rate sont en rapport avec l'accès; l'hypertrophie splénique dépend plutôt d'accès palustres anciens. Comme la rate, le foie semble ramolli et congestionné. L'estomac et l'intestin grêle offrent des plaques rouges, une injection fine, prononcée surtout dans les formes dysentérique et cholérique. Les véritables lésions du choléra et de la dysenterie ne se retrouvent pas. Chez une jeune mulâtresse qui avait succombé à un accès pernicieux cholérique, la muqueuse de l'es-

tomac et de l'intestin grêle offrait par places une arborisation vasculaire très-fine; les intestins étaient distendus par un liquide louche tenant des grumeaux en suspension.

Symptomatologie. — Rarement l'algidité succède à un frisson violent ; la marche des symptômes est ordinairement insidieuse ; ils se manifestent parfois même au milieu d'un accès qui paraissait simple. Au début de l'accès, l'habitude extérieure du malade ne trahit rien ; peu à peu le visage pâlit, les traits se tirent et s'effilent, les lèvres bleuissent, les yeux s'excavent, la pupille se dilate, et la pâleur et le refroidissement du malade augmentent graduellement jusqu'à rappeler l'aspect d'un cadavre.

La chaleur abandonne d'abord les pieds et les mains, disparaît des membres et du tronc ; le ventre seul en conserve quelques traces. Le contact de la peau rappelle celui du marbre ou du cadavre. Quelquefois le malade accuse une sensation de chaleur ardente à l'intérieur. Comme la peau, la langue finit par devenir froide au toucher. Les urines sont supprimées pendant l'accès algide. Si celui-ci n'est pas toujours suivi de sueurs, le plus souvent, au bout d'un certain temps, toute la peau se couvre d'une sueur abondante, froide et collante. A mesure que l'algidité se prononce, la circulation se trouble et se ralentit; les battements du cœur diminuent de force, quelquefois même sont difficiles à apprécier par l'auscultation ; le pouls devient rare, filiforme et disparaît à la radiale, et cette dépression de la circulation, qui augmente lorsque la terminaison fatale approche, diminue pour cesser quand une réaction heureuse termine l'accès. La respiration n'est calme et lente qu'au début ;

elle ne tarde pas à s'embarrasser, à se précipiter ; vers la fin elle est anxieuse. L'air que le malade expire est plus froid que l'air inspiré, et le trouble profond de l'hématose se traduit par ce grave symptôme. L'intelligence resta nette jusqu'au dernier moment ; aucune souffrance vive n'est accusée, mais au calme succède un vague sentiment d'inquiétude qui se transforme en un pressentiment de la fin prochaine. Rien de particulier à noter du côté des fonctions digestives dans l'accès algide proprement dit ; la soif, généralement modérée, n'est nullement en rapport avec l'abondance de la transpiration.

Le diagnostic de la fièvre algide n'offre pas de difficultés ; il n'en est pas de même pour ses deux formes les plus graves : la cholérique et la dysentérique. La pernicieuse cholérique et le choléra indien n'ont dans la symptomatologie aucun trait assez caractérisé pour les distinguer nettement ; et, dans les régions où ils règnent parallèlement, la confusion doit être inévitable. Les vomissements et les selles sont semblables dans les deux cas ; les crampes sont les mêmes, les urines sont supprimées, la voix est également cassée, le refroidissement est aussi intense ; peut-être existe-t-il dans la teinte asphyxique une nuance un peu différente : dans l'accès pernicieux cholérique, le visage est plutôt plombé que cyanosé ; la période de réaction présente des symptômes presque identiques. La pernicieuse dysentérique se distingue plus aisément de la dysenterie fébrile. Les selles sanglantes ont une teinte plus pâle, sont moins mêlées de mucus, plus abondantes et plus liquides, et provoquent moins de ténesme. Le début de l'accès, l'algidité et la transpiration froide qui ne tardent pas à se prononcer, la marche progressive et rapide de tous les

symptômes, établissent assez nettement le diagnostic que les commémoratifs contribuent à éclaircir. La fièvre dysentérique pernicieuse n'est pas très-rare à observer à la Martinique; elle est moins redoutable que la cholérique. Le premier accès, contrairement à ce qui s'observe pour celle-ci, peut ne pas présenter une haute gravité. Il ne faudrait pas confondre la pernicieuse dysentérique avec la fièvre symptomatique de la dysenterie ou avec celle qui vient compliquer cette dernière. Dans les pays tropicaux, en effet, si la fièvre pernicieuse prend quelquefois la forme dysentérique, bien plus souvent la dysenterie se complique d'une fièvre qui n'est pas symptomatique, qui n'est qu'un élément étranger surajouté à la maladie principale, qu'elle aggrave et rend mortelle dans un temps prochain; c'est là un point de pratique de la plus grande importance. Toute médication dirigée contre la dysenterie échouera tant qu'on ne l'aura pas rendue à sa simplicité primitive, en dégageant par de fortes doses de quinine l'élément morbide étranger.

La marche de la fièvre pernicieuse algide n'a rien de constant; elle est insidieuse le plus souvent. Quelle que soit la terminaison, l'accès ne se compose que d'un seul stade. Le froid se prononce de plus en plus; la transpiration augmente, visqueuse et glacée; la voix s'éteint, le pouls diminue et disparaît et le malade s'éteint dans une syncope. Si la terminaison est favorable, le pouls reparaît et se relève, la chaleur revient à la peau, et, peu à peu, de l'abdomen, où elle se retrouvait encore, gagne la poitrine et se répand sur les membres; la sueur change de caractère : elle n'est plus collante; elle devient tiède, tout en restant abondante; les urines reparaissent et la guérison arrive franchement. L'accès algide se juge ordi-

nairement en vingt-quatre ou trente-six heures, mais peut durer de trois à quatre jours. La réaction n'est pas toujours franche ; violente quelquefois, elle peut, comme dans le choléra, prendre les formes ataxique et comateuse ou se compliquer d'accidents typhoïdes.

D'après M. Dutroulau, l'accès algide se termine par la mort ou par la guérison dans une proportion à peu près égale. Si j'en juge par mon expérience, le pronostic serait moins grave. Sur sept cas que j'ai observés, je n'ai pas vu succomber un seul malade, si graves que fussent les symptômes. Une de ces malades était une jeune mulâtresse qui, à une année de distance, fut reprise de fièvre pernicieuse algide. Ce résultat heureux était de nature à me frapper, en comparaison de la constante léthalité que m'offrait la pernicieuse comateuse. Cette différence tient sans doute en partie à ce que la médication spécifique, d'une application si difficile dans la fièvre comateuse, est aisée au contraire dans la fièvre algide, où l'intelligence, restée intacte, aide dans une certaine mesure à l'administration du médicament. Dans l'accès froid, l'absorption ne semble pas annihilée comme dans la période algide du choléra.

Traitement. — Dans les pernicieuses algides, en même temps qu'on administre le sulfate de quinine à haute dose, on doit chercher, comme dans le choléra, à ramener la chaleur à la périphérie. Les boissons diaphorétiques, les sinapismes, l'urtication, le bain sinapisé, les frictions excitantes, tels sont les différents moyens, dont il faudra continuer l'usage aussi longtemps que durera l'algidité. Un des meilleurs moyens que j'aie vu employer, c'est de la poudre de quinquina délayée dans de la teinture d'Uxham ou dans de l'eau-de-vie, dont on fait

des frictions vigoureuses et répétées sur tout le corps; elles réussissent bien à arrêter les sueurs profuses et glacées. Dans la forme syncopale, on a conseillé des applications de ventouses sèches sur la région précordiale et autour de la base de la poitrine. Les préparations opiacées, les lavements laudanisés surtout, aident à l'action spécifique du sel quinique dans les pernicieuses dysentérique et cholérique. « Dans la cholérique, dit M. Dutroulau, l'ipéca vomitif calme les vomissements sans causer de dépression nerveuse, réveille même l'énergie de l'estomac et agit comme diaphorétique. J'en ai toujours obtenu les meilleurs effets, et je crois lui devoir de n'avoir pas perdu un seul cas de ce genre. Je n'emploierais pas l'émétique avec la même confiance. »

Quelles que soient les formes de la pernicieuse algide, l'administration du sulfate de quinine doit être continuée, même après que la réaction paraît bien établie. Il vaut mieux insister, en diminuant les doses et en les éloignant, que de courir le risque de voir reparaître l'algidité, soit sous la forme d'un accès grave, soit sous celle de ces accès froids peu intenses, qui souvent sont consécutifs aux accès pernicieux. La réaction doit être surveillée avec soin; suivant les indications, elle sera contenue ou combattue par les révulsifs cutanés et les dérivatifs si elle est suivie de coma, par les dérivatifs et les préparations de quinquina si elle se complique d'accidents typhoïdes.

ARTICLE VII. — Fièvres larvées.

Dans les pays où règne endémiquement l'influence palustre, les fièvres larvées se montrent fréquemment à

l'observation et tendent à tromper celle-ci par la multiplicité de leurs formes et par la mobilité et la bizarrerie de leurs symptômes. Bien que la plupart d'entre elles ne présentent jusqu'à la fin rien de fébrile, que beaucoup d'autres soient apyrétiques à l'origine, les fièvres larvées se rattachent néanmoins à la cause palustre par trois liens étroits : l'intermittence, l'influence décisive du fébrifuge et la transformation fréquente de l'accès larvé en accès fébrile. La facilité et la rapidité de cette mutation constituent même le grave péril des accès larvés; très-souvent ils font place à des accès pernicieux. Mais, sans se démasquer, la fièvre larvée peut, en se répétant, entraîner, si elle est méconnue, la mort du malade.

Ces fièvres peuvent affecter tous les types : le quotidien, le biquotidien, le tierce, le quarte, le septénaire, le biseptėnaire ; quelquefois même elles reviennent périodiquement après un laps de temps beaucoup plus grand que celui des fièvres intermittentes ordinaires, après trois semaines, après un mois. Les accès, parfois parfaitement réguliers, sont irréguliers le plus souvent dans leurs retours. L'accès débute le matin, dans la journée, fréquemment le soir ou la nuit. La subintrance tend souvent à s'établir et doit être soigneusement surveillée. Si l'irrégularité et la bizarrerie des formes et des symptômes sont des causes d'erreur dans le diagnostic, l'attention doit être éveillée par la marche des accès et la présence de certains symptômes. Toute fièvre larvée qui prend les types tierce ou quarte indique un grave danger et menace de se transformer en accès pernicieux fébrile. Quelquefois la cause palustre se laisse deviner ou entrevoir par quelque symptôme qui, d'ordinaire, accompagne la fièvre : la céphalalgie, la photophobie

légère, l'horripilation, le frisson, les pandiculations, une chaleur peu prononcée, une transpiration plus ou moins marquée. Mais le plus souvent ces indices révélateurs font défaut. Le diagnostic reste incertain ; la pierre de touche, c'est le sulfate de quinine, qui révèle la nature de la maladie ; et, dans l'incertitude, la crainte d'un accès pernicieux, toujours possible, souvent imminent, déterminera le médecin à donner le fébrifuge.

Si multiples que soient ses formes, la fièvre larvée se manifeste ordinairement par un trouble fonctionnel. Dans des cas plus rares, elle se traduit par la lésion d'un organe, par une phlegmasie ou une hémorrhagie. Souvent elle prend le caractère d'une névralgie ; quelquefois elle affecte les symptômes d'une névrose. Les névralgies sus et sous-orbitaire, la névralgie dentaire, la névralgie trifaciale dans son ensemble, la névralgie sciatique, telles sont les formes les plus fréquentes de la fièvre larvée. Mais il n'est pas de région où ne puisse s'irradier une douleur ou se faire sentir un point névralgique avec une périodicité plus ou moins franche que le sulfate de quinine combat avantageusement. Dans d'autres circonstances, ce sont des douleurs erratiques, obscures, c'est une céphalée qui cèdent au fébrifuge. Lorsque celle-ci survient la nuit, elle peut être aisément confondue avec la céphalée qui dépend de la syphilis.

L'accès larvé se traduit aussi par un trouble fonctionnel non douloureux. Chez l'enfant, la voix peut devenir rauque, presque éteinte, tandis qu'une toux dont le caractère varie revient périodiquement. Les accès peuvent même simuler à s'y méprendre les attaques de l'angine striduleuse. Le hoquet se reproduisant à certaines heures est une autre manifestation de la fièvre

larvée. Celle-ci prend fréquemment dans l'enfance la forme convulsive. Dans les pays chauds, les convulsions sont communes à cet âge. Les unes sont dues à l'affection vermineuse dont la fréquence est très-grande, les autres sont liées aux fièvres paludéennes. Chez l'enfant, le début d'un accès de fièvre est souvent marqué par une convulsion partielle ou générale, et la terminaison de l'accès pernicieux est presque toujours une convulsion générale. Mais il est d'autres convulsions qui se répètent sans qu'aucun mouvement fébrile les suive et qui sont de la plus haute gravité. Ordinairement méconnus, rapportés à tort à la dentition, ces accidents de fièvre larvée amènent une terminaison fatale que le fébrifuge préviendrait si la périodicité était rapportée à sa véritable cause.

Chez la femme, la fièvre peut se cacher sous le masque de l'hystérie. Le type varie ainsi que les symptômes, qui peuvent aller jusqu'à simuler la grande attaque hystérique complète. Un des faits les plus curieux est celui que m'a communiqué M. le docteur Martineau. Chez une demoiselle d'une quarantaine d'années, la fièvre tierce s'était manifestée par deux violentes attaques d'hystérie. Le sulfate de quinine administré à haute dose après le second accès modifia le troisième accès et décela, en les arrêtant, la nature pernicieuse des accidents. J'eus occasion, trois ans après, de donner des soins à cette malade pour une fièvre grave dont les accès se compliquaient de symptômes d'hystérie.

La fièvre larvée se manifeste parfois par une phlegmasie ou par une hémorrhagie périodique, et c'est sur un organe important que porte la lésion. L'œil peut être pris d'une inflammation violente avec chémosis que les

reprises dans les symptômes phlegmasiques portent à considérer comme une ophthalmie intermittente. Le fait suivant me semble un exemple de cette espèce d'ophthalmie :

M. G., âgé de cinquante-neuf ans, est pris, dans la soirée du 5 avril 1861, d'une inflammation vive de l'œil gauche. Le lendemain, des douleurs circum-orbitaires se déclarent pour la première fois vers six heures du soir, durent une partie de la nuit, disparaissent dans la journée et reviennent avec intensité le 7 dans la soirée. La marche fut exactement la même le 8. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique local, de pédiluves et d'un purgatif salin, la conjonctivite tendait à guérir; mais avec le retour périodique des douleurs coïncidait une reprise de l'inflammation. Le sulfate de quinine, prescrit le 8 au matin, ne fut pris que le 10 et à doses fractionnées, au lieu d'une seule dose que j'avais indiquée. Les douleurs étaient devenues plus fortes, il y avait une sécrétion abondante de larmes, de la photophobie et un commencement de chémosis; l'accès anticipait sur l'heure de son retour. A partir du 11, le sulfate de quinine, administré entre midi et deux heures, à la dose de 2 grammes chaque jour et continué pendant quatre jours, commença à retarder l'heure d'arrivée de l'accès, en atténua l'intensité et en prévint définitivement le retour. Quelques simples lotions émollientes suffirent ensuite pour aider à la résolution, qui s'établit franchement et rapidement. Il est sans doute intéressant d'ajouter que, l'année suivante, ce malade, pris de bronchite avec fièvre, succomba en quelques heures à un accès pernicieux.

Bien qu'aux Antilles l'hématurie soit loin d'être une affection fréquente comme elle l'est à l'île de France et au Brésil, la fièvre larvée hématurique s'offre quelquefois à l'observation. La périodicité de l'hémorrhagie

indique nettement alors l'emploi du fébrifuge. Il est des cas où le diagnostic est très-obscur, où l'on ne sait si la périodicité des accidents décèle une fièvre larvée ou si les symptômes observés sont ceux d'une affection qui se confirme et auxquels l'intermittence donne un cachet trompeur. J'ai vu se dérouler jusqu'à la terminaison fatale, chez un homme de cinquante ans, une phthisie pulmonaire qui, comme celle que Morton appelait *phthisis ab hemoptœ*, avait commencé par des hémoptysies. Ce que ces hémoptysies avaient offert de singulier, c'est que plusieurs jours de suite elles s'étaient reproduites vers onze heures du soir. Le fébrifuge ne fut pas administré dans ce cas.

Il existe d'autres circonstances où un diagnostic précis est également difficile, parce que les symptômes observés semblent, par leur bizarrerie, se rattacher à la fièvre larvée et appartenir, d'un autre côté, à la fièvre intermittente. Ce sont des accidents qui marquent la transition d'un état à l'autre et que domine toujours l'élément pernicieux. Une dame récemment accouchée présentait un léger gonflement du sein avec des gerçures au mamelon. Survient un accès fébrile très-léger qui me paraît être symptomatique d'un abcès. Dans l'après-midi du même jour, se déclare un violent frisson suivi d'une légère attaque d'éclampsie. Sous l'influence du sulfate de quinine à haute dose immédiatement administré, un accès fébrile simple et régulier apparut le lendemain matin pour ne plus se répéter ; le gonflement du sein cessa et l'allaitement put être continué.

Je n'ai pu qu'indiquer quelques-unes des formes de la fièvre larvée. La bizarrerie de ses symptômes peut seule en égaler la diversité. Aussi, dans les pays chauds

et palustres, l'intermittence d'un symptôme, quel qu'il soit, apyrétique ou fébrile, doit-elle toujours éveiller l'attention du praticien. Il ne doit jamais oublier que les accidents fébriles les plus légers sont souvent suivis d'accès pernicieux et que ceux-ci, par une rapide transformation, se substituent aux accès larvés. La fièvre larvée peut même, sans se démasquer pour laisser apparaître l'élément fébrile, compromettre par sa périodicité l'existence du malade. Les doses de sulfate de quinine nécessaires pour enrayer les accidents, pour s'opposer aux retours de la fièvre larvée, doivent être plus fortes que celles qu'exige la fièvre intermittente, le plus souvent doivent être égales à celles que réclament les accès de fièvre pernicieuse.

ARTICLE VIII. — Diathèse et cachexie palustres.

« L'immunité, dit très-bien M. le docteur Celle [1], n'existe jamais pour les miasmes ; tel résiste plusieurs mois, plusieurs années, qui, un jour, succombe ou ne se relève qu'avec peine... On résiste aux miasmes, on ne s'y habitue pas. » L'intoxication par le miasme palustre arrive rapidement ou dans un temps restreint, ou bien à la longue. L'imprégnation de l'économie se traduit par une disposition spéciale qui désormais fait partie de la constitution et tend à la permanence. Cette influence profonde se découvre par des caractères évidents, ou, latente pendant longtemps, elle ne se révèle que par ses effets lorsque quelque état morbide vient la réveiller et la mettre en jeu. Cette disposition intime, qui peut mo-

[1] *Loc. cit.*, p. 87.

difier dans leur évolution jusqu'aux maladies accidentelles, constitue la diathèse palustre, désignation qui peut être critiquée, parce qu'elle altère le sens rigoureux d'une expression applicable à des états permanents, congénitaux et héréditaires. Or, la diathèse palustre est transitoire et ne peut se transmettre par voie de succession. Quoi qu'il en soit, une fois établie au sein de l'économie, l'influence palustre va se traduire par des troubles spéciaux plus ou moins graves, se montrant isolément ou compliquant tout état de souffrance de l'organisme. Cette diathèse succède à des accès de fièvre graves, à des accès plus légers et répétés, quels que soient leurs types, leurs formes et leurs symptômes, à une fièvre lente, qui rappelle la fièvre hectique; dans un certain nombre de cas, elle s'établit très-lentement et sans aucun symptôme fébrile.

Aux Antilles, partout où existent des foyers de fièvre endémique, cette intoxication lente se produit. Rare à observer dans les terrains volcaniques où éclatent plutôt les graves et promptes manifestations de la fièvre, elle se montre avec fréquence dans les terrains alluvionnaires. Les hommes de races diverses qui habitent ces dernières localités présentent les manifestations infinies de l'impaludation, anneaux d'une même chaîne qui commence à l'accès intermittent et se termine à la cachexie, qui n'est, selon la juste définition de M. Dutroulau, que la phénoménisation la plus profonde et la plus avancée de la diathèse paludéenne. C'est dans les localités volcaniques des Antilles, sur l'habitant des localités marécageuses qui vient de les quitter, qu'on voit surtout se manifester les troubles variés qui décèlent la diathèse. Tel sujet qui dans la localité palustre qu'il habite, n'a que de

simples accès, souvent même légers, est pris de fièvre pernicieuse au bout de quelques jours ou de quelques semaines de séjour dans une localité salubre; tel autre qui semblait réfractaire à l'action des miasmes, en a subi cependant l'influence lente et profonde, puisqu'en changeant de lieu il est pris, dans un très-court délai quelquefois, d'accès graves, même pernicieux.

L'influence paludéenne n'abandonne ni promptement ni aisément l'organisme qu'elle a lentement envahi. Une fois bien établie, elle s'efface rarement chez celui qui reste dans les pays chauds. Le plus souvent elle persiste, s'aggrave en acquérant plus d'intensité et finit par aboutir à la cachexie. Aussi, pour ces malades, l'émigration et le séjour dans un climat tempéré sont-ils la ressource la plus salutaire. Là, encore, cette influence ne disparaît pas tout de suite ; c'est ce qu'il est facile de constater chez les malades qui viennent des colonies en France, pour se débarrasser de fièvres d'accès. Le climat apporte tout d'abord dans leur état deux modifications importantes : il altère la nature des accès, qui ne peuvent plus prendre le caractère pernicieux ; il en change les types et en éloigne les retours. Chez un jeune magistrat miné par les fièvres de Fort-de-France, l'influence fébrile, avant de s'effacer sous le climat de la France, se traduisit, pendant un trimestre, par une fièvre revenant chaque mois, à jour fixe, et présentant trois forts accès réguliers, caractérisés par du frisson, de la chaleur et des sueurs abondantes. Chez un habitant de la Guadeloupe, que j'eus occasion de voir à Paris avec M. Blache, les accès reparurent avec violence peu de jours après son arrivée, ne cédèrent qu'avec peine au fébrifuge et ne se montrèrent plus que de loin en loin et avec irrégularité.

Après six mois de séjour, une cause occasionnelle déterminait encore de violents accès.

L'influence du climat, tout en éloignant les accès, n'en modifie pas constamment les caractères. Une dame de la Martinique, atteinte depuis six ans d'une fièvre dont l'algidité caractérisait les accès, voit reparaître, après un an de séjour à Paris et à Versailles, des accès fébriles revenant irrégulièrement tous les mois et tous les deux mois, et dont le symptôme essentiel est encore l'algidité. En France, comme aux Antilles, chez ces personnes qui ont la diathèse palustre, on voit, avec moins d'intensité et surtout moins de péril, l'élément fébrile se montrer comme une complication fréquente. Une angine, une bronchite vont se présenter avec des accès de fièvre dont la violence et les caractères ne sont pas symptomatiques de la phlegmasie. Une impression de froid va réveiller l'influence palustre, et celle-ci se traduit par une fièvre d'accès. Une brûlure, une plaie, une opération se compliqueront d'accès fébriles qui ne sont pas symptomatiques, qui n'appartiennent pas non plus à la fièvre hectique qu'ils peuvent finir par simuler. La lésion ne marchera vers la guérison que lorsque le fébrifuge aura fait disparaître la complication. Bien plus, on observe certains malades qui, dans les colonies, n'étaient nullement sujets à la fièvre et chez lesquels l'influence palustre existe à l'état latent. Une lésion traumatique, une affection quelconque, déterminent de la fièvre que l'intermittence et l'action du fébrifuge rattachent nettement à la cause paludéenne.

En dehors des foyers palustres, et même chez les personnes qui ont émigré dans les climats tempérés, l'influence paludéenne peut se traduire par les formes va-

riées et bizarres de la fièvre larvée. Les diverses manifestations qui résultent de la diathèse palustre qu'elles dénoncent, s'accompagnent très-rarement de lésions spéciales. De l'anémie, de la décoloration des tissus, quelquefois une infiltration légère des pieds, des mains et du visage, le foie débordant un peu les côtes dans un certain nombre de cas, une hypertrophie légère mais non constante de la rate : telles sont ordinairement les lésions symptomatiques de cette diathèse. Ces altérations sont de plus en plus marquées, suivant que l'état morbide se rapproche de la cachexie.

La diathèse palustre ne disparaît qu'à la longue, dans un temps dont la durée est d'autant plus grande que l'impaludation est plus ancienne. Chez des adultes et chez des enfants, on observe des accès intermittents après six mois, un an, deux ans de séjour dans les climats tempérés. Les accès réclament presque toujours l'administration du sulfate de quinine. C'est le temps seul, aidé du changement des conditions climatériques et hygiéniques de l'individu, qui modifie et guérit la diathèse.

Le changement de climat implique deux choses : la soustraction des causes pathologiques, spéciales comme les miasmes, générales comme les influences déprimantes des régions chaudes, et l'action contraire des influences toniques des climats tempérés. La plus active de ces influences est celle de l'hiver. Les toniques, le quinquina, le fer, les préparations arsenicales, l'hydrothérapie aident à la guérison. C'est par la reconstitution du malade, lent travail opposé aux lentes et profondes influences miasmatiques, que la diathèse s'éteint définitivement après un temps qui est ordinairement de un à deux ans, et qui varie suivant le degré de l'impaludation, la

constitution, l'âge et une infinité d'autres circonstances.

La cachexie palustre se produit de différentes manières, succède le plus ordinairement à une fièvre de longue durée ou à des accès fréquemment répétés, peut-être consécutive à toutes les formes si variées que prend la fièvre, et dans un certain nombre de cas s'établit primitivement et préalablement à l'invasion de celle-ci. Des accès intermittents simples ou pernicieux s'ajoutent alors aux symptômes et aux lésions observées pour établir le lien qui rattache la cachexie à l'infection miasmatique. Cette cachexie est d'ailleurs la forme ultime et la plus complète de la diathèse palustre. Redoutable affection qui, plus que toute autre peut-être, compromet les établissements européens dans les régions insalubres de la zone tropicale, la cachexie palustre sévit avec une intensité et dans des proportions plus grandes à la Guyane que dans les Antilles, où les conditions climatériques des localités volcaniques sont une précieuse ressource pour les malades qui ne peuvent émigrer vers les régions tempérées. Sans doute aussi, même au milieu des foyers d'infection, les individus subissent, dans une mesure moindre qu'à la Guyane, plus voisine de l'équateur, les influences déprimantes du climat qui, aux lésions profondes de l'impaludation, ajoutent les troubles graves de l'anémie tropicale.

Sans le lien qui permet de rapporter à une cause spéciale les lésions et les symptômes de la cachexie palustre, il serait malaisé de distinguer la plupart d'entre eux des effets morbides, consécutifs à des causes générales et déterminés par l'aglobulie. La cachexie palustre est en effet une anémie de cause spéciale. Dans cette anémie palustre et dans l'anémie tropicale, outre l'analogie com-

plète des lésions des solides et des liquides, la symptomatologie offre les mêmes caractères profonds, les mêmes apparences extérieures. Dans les deux cas, l'habitude extérieure est la même. Même décoloration de la peau et des muqueuses, infiltration semblable aux mains, aux pieds, aux jambes, au visage ; mêmes épanchements de sérosité dans les séreuses ; l'anhélation est aussi prononcée et les pulsations artérielles, marquées surtout aux carotides qui soulèvent la peau, indiquent l'hydrémie. Ces deux anémies peuvent donc aisément être prises l'une pour l'autre, si l'on n'a pas égard à la différence des causes qui les produisent.

Dans la pratique, la distinction, facile quelquefois, est ordinairement malaisée et souvent presque impossible à établir. S'il est des cas où l'anémie tropicale s'établit sans qu'aucun accès de fièvre vienne la compliquer, ordinairement, aux effets de causes générales, s'ajoutent ceux de la cause spéciale. Dans les foyers palustres, ces causes s'associent et s'aggravent en se compliquant. On ne saurait leur faire à chacune leur part dans les phénomènes observés, et l'on est obligé de considérer les effets morbides comme la résultante de leur combinaison. Dans les régions tropicales, la cachexie palustre et l'anémie profonde ne sont pas les deux seules affections que rapproche la similitude des symptômes et des lésions, et dont l'étiologie établit le caractère différentiel. Ce ne sont pas les seules affections similaires qui tendent à se confondre en se compliquant. La pathologie de ces régions en fournit d'autres exemples.

Quelles différences essentielles existe-t-il dans la symptomatologie entre la fièvre jaune et certaines fièvres graves observées à Saint-Pierre (Martinique) ? Rachialgie,

céphalalgie, injection des yeux, teinte jaune de la peau, plus foncée encore après la mort; cardialgie, vomissements grisâtres, striés de noir, puis tout à fait noirs et même mélangés de sang vif; soubresauts des tendons, convulsions partielles et générales : tout est semblable, et, comme pour les symptômes, la similitude se retrouve pour les lésions. Ces deux affections sont cependant distinctes. Les fièvres graves sont endémiques, atteignent les hommes de toute race, acclimatés ou non acclimatés, évissent surtout sur l'enfance, et peuvent même, comme dans l'épidémie que j'ai observée à Saint-Pierre en 1859, toucher à peine à l'élément européen. La fièvre jaune, au contraire, n'apparaît à la Martinique qu'à l'état d'épidémies, que séparent des périodes presque décennales d'immunité complète, et ne frappe que l'élément européen. Les épidémies de fièvres graves correspondent plutôt aux périodes d'immunité qu'aux époques où règne la fièvre jaune. J'ai observé deux de ces épidémies, en 1859 et en 1861, à Saint-Pierre où, depuis juillet 1857, la fièvre jaune a cessé de paraître.

Il existe encore aux Antilles deux autres maladies analogues, endémiques toutes les deux dans les localités élevées, comme à la Basse-Terre (Guadeloupe) et à Saint-Pierre (Martinique), régnant parallèlement, se succédant et se compliquant à un tel degré qu'elles ont été, à tort, selon nous, confondues dans une description commune par la généralité des médecins. Ces deux maladies sont la dysenterie et la diarrhée, comprises sous le titre de dysenterie par les auteurs. Si, à l'origine, la symptomatologie diffère, elle finit par être la même lorsque les deux affections se compliquent et se confondent; les lésions anatomiques ne diffèrent pas constamment non

plus. Tantôt la diarrhée se prononce, et au bout de quelques jours la dysenterie lui succède pour faire place ensuite aux accidents diarrhéiques ; le plus souvent la dysenterie s'établit, et la diarrhée se manifeste lorsque les symptômes aigus ont cessé ; souvent les deux affections alternent et se compliquent tellement, qu'elles se confondent. Ce sont pourtant deux maladies distinctes ; en effet, il n'est nullement rare de voir la dysenterie parcourir ses différentes périodes en conservant son caractère propre ; et la diarrhée, du début jusqu'à la terminaison, n'offrir aucun symptôme spécial à la dysenterie. C'est un point que nous examinerons ultérieurement ; revenons à la cachexie paludéenne.

« Le cachectique, dit M. le docteur Laure [1], est pâle, anémique, émacié, triste et languissant ; il est impressionné par le temps, il a des vertiges, des étouffements, des hallucinations ; il perd le sommeil et l'appétit, il ne transpire plus, il a froid et chaud, il est sujet aux hémorrhagies... La face est jaune paille, livide, tirée, les paupières bouffies, la conjonctive bleuâtre et l'œil éteint, les chairs flasques, blafardes, les jambes grêles et le ventre gros ou bien concave et renflé aux hypocondres. » La décoloration de la peau varie beaucoup suivant les degrés de la maladie, les complications et la teinte différente des races. La coloration terreuse, bistre clair, se répand sous le hâle déterminé par le climat ; les nuances diverses de l'ictère s'observent lorsque existe quelque lésion hépatique ; la décoloration, qui donne aux tissus la transparence de la cire, qui efface dans une teinte d'un blanc sale la nuance de la muqueuse des lèvres qui sem-

[1] *Maladies de la Guyane.* Paris, 1859, in-8°.

blent n'avoir plus de contours et se confondent avec la peau environnante, cette décoloration profonde n'existe que dans la période la plus avancée. Chez le blanc, c'est une teinte blanchâtre, jaune paille qu'on observe. Chez les races tropicales, l'Indien et le nègre, la teinte noire de la peau se transforme en une teinte verdâtre, luisante et transparente. Comme la peau, les différentes muqueuses sont décolorées; la conjonctive est d'un blanc laiteux; la langue, d'un blanc grisâtre, est épaisse et humide.

Les troubles de la calorification décèlent les mauvaises conditions de l'hématose. Certains cachectiques ont la peau sèche et chaude, le plus grand nombre a la peau froide et se montre très-sensible aux moindres dépressions thermométriques. Ceux mêmes qui, avec la pâleur du cadavre, donnent à la main la sensation d'une chaleur brûlante, ne la perçoivent pas. Cette sensation de chaleur se rencontre surtout chez les individus affectés d'anasarque. L'embarras de la circulation amène ainsi des alternatives de chaleur et de froid qui n'ont d'ailleurs aucune liaison directe avec la fièvre d'accès. Les fonctions normales de la peau sont altérées, elle reste sèche, offre souvent une desquamation très-fine et semble imperméable à la transpiration.

Les désordres de la circulation sont d'autant plus marqués que la cachexie est plus profonde. Dans la première période, le pouls est petit, lent, concentré; les battements du cœur sont sourds, éloignés, le bruit de souffle est doux et obscur. A une période plus avancée, lorsque l'hydrémie succède à l'aglobulie, les troubles du système circulatoire distendu par le sérum se traduisent différemment. Le bruit de souffle anémique est très-marqué et se

prolonge dans les gros vaisseaux; les battements du cœur sont énergiques et tumultueux; ceux des carotides soulèvent la peau; le pouls radial est fort, dur et plein. Les palpitations, l'essoufflement, les étouffements, l'épistaxis, tiennent aux troubles profonds de l'hématose, qui augmentent encore lorsque surviennent des accès fébriles; le pouls, plein et vibrant, est extrêmement accéléré pendant ces accès. « Quelquefois, écrit M. Laure, l'impulsion du cœur accélère la respiration au point de suffoquer sans exciter la sueur ni la coloration des capillaires; d'autres fois, ce sont des bouffées de chaleur et des congestions qui causent la mort avec la rapidité d'un coup de sang. » D'autres troubles très-graves, mortels même, de la circulation et de la respiration tiennent à d'autres causes également liées à l'altération de composition du sang. La syncope, si redoutable dans cette cachexie, est déterminée le plus souvent par l'hydropéricarde. La toux humide et sans quinte et l'oppression dépendent quelquefois d'un épanchement pleurétique, rarement considérable; bien plus souvent, d'une complication sérieuse et fréquente, de l'œdème pulmonaire. L'essoufflement, les lipothymies qu'occasionnent la marche et les mouvements à la période ultime de la cachexie, ne sont que les effets des hydropisies du péricarde et des plèvres et de l'œdème pulmonaire.

L'état morbide des fonctions digestives a souvent précédé les accidents qui ont amené la cachexie. A la suite d'une alimentation peu réparatrice ou insuffisante, il est survenu des troubles dyspeptiques qui ont déterminé un commencement d'anémie. Les influences déprimantes du climat ont aggravé celle-ci. Incapable dans ces mauvaises conditions de résister aux miasmes, le malade en

subit la profonde atteinte et arrive par degrés à l'anémie palustre. Les troubles des voies digestives persistent en s'aggravant ou se montrent alors chez ceux dont les premiers symptômes appartiennent exclusivement aux influences palustres. Dans l'état cachectique, le goût est nul, la soif peu vive et l'anorexie presque complète. Rarement on observe de ces goûts bizarres, de ces appétits dépravés connus sous les noms de *pica* et de *malacia*. L'estomac, insensible à la pression, est le siége de douleurs névralgiques ; les aliments sont mal digérés, mal supportés et excitent souvent des nausées et des vomissements. Ces malades sont ordinairement affectés d'une diarrhée qui peut, lorsqu'elle est abondante, faire disparaître momentanément l'œdème et les épanchements des cavités séreuses et qui souvent alterne avec ces collections séreuses.

« La palpation et la percussion abdominales permettent, écrit M. Dutroulau, de constater un développement considérable de la rate, variable pourtant et pouvant disparaître, comme les hydropisies, par des évacuations abondantes. Ce phénomène est un symptôme de la cachexie ; ce n'en est ni la cause ni l'effet obligé, car il manque assez souvent au début et disparaît quelquefois à la fin. Les symptômes fournis par le foie sont encore plus inconstants. S'il arrive de le voir déborder de trois à quatre travers de doigt les fausses côtes, souvent aussi il est impossible de constater la moindre augmentation de volume. »

Si, dans le diagnostic différentiel, on n'avait pas pour se guider le lien étiologique, ces engorgements viscéraux permettraient encore de séparer l'anémie de cause spéciale ou cachexie palustre de l'anémie de causes géné-

rales ou anémie tropicale. Mais ce caractère distinctif n'a rien de bien absolu, surtout rien de constant; et, si l'on ne peut alors saisir la cause, la confusion entre les deux maladies résulte inévitablement de l'identité de la symptomatologie. Dans les deux cas, c'est à la seule altération du sang que sont dues les hydropisies qui peuvent se rencontrer dans toutes les cavités, sur toutes les parties où le tissu cellulaire existe. L'œdème n'est pas très-considérable; il est plus marqué aux pieds, aux mains, au visage; il ne tarde pas à affecter les parties déclives; il est général dans quelques cas. L'ascite, qui ne manque jamais, ne prend pas dans la cachexie palustre les proportions qu'elle acquiert dans l'anémie et qui nécessitent quelquefois la paracentèse. Dans les deux anémies, la marche de l'œdème et des épanchements ascitiques, pleurétiques, péricardiques et cérébraux, n'offre rien de régulier. Ces collections séreuses augmentent ou diminuent sans causes bien appréciables. A la suite d'un refroidissement, mais surtout sous l'impulsion d'accès fébriles intercurrents, elles s'accroissent avec rapidité et mettent l'existence en péril. La distension du péricarde, qui se traduit par la matité et la voussure de la région précordiale et par l'éloignement et l'obscurité des battements cardiaques, peut amener une syncope mortelle. Les vertiges, la somnolence, le coma, la résolution des membres, annoncent des troubles cérébraux de la plus haute gravité, liés à l'hydropisie des ventricules et des méninges. « Un des caractères de ces hydropisies diversement localisées, dit très-bien M. Dutroulau, est une grande mobilité, une disposition à se révulser les unes les autres, et même à se dissiper complétement par une crise naturelle ou thérapeutique, qui n'est jamais bien

désirable toutefois, tant que le malade n'est pas dans de bonnes dispositions pour reconstituer son sang. »

C'est également à la dissociation des éléments du sang que doivent être rapportées certaines hémorrhagies : l'hémorrhagie intestinale, qui se traduit par des selles sanglantes ou noires peu abondantes; l'épistaxis, qui, en se répétant, hâte la terminaison fatale. Ces écoulements sont pâles et séreux. Les muqueuses buccale et gingivale sont quelquefois le siége de petites hémorrhagies. Soit naturellement ou à la suite de contusions, la peau présente des plaques violacées dues à des infiltrations sanguines. « Chez un militaire évacué de l'Oyapock, rapporte M. Laure, le sang coulait par les piqûres des sangsues, par les vieilles cicatrices, par des boutons qui s'élevaient à la base de la mâchoire, à la poitrine et aux jambes... Nous avons vu la cachexie aboutir à la stomatite par gangrène, particulièrement chez les transportés et les soldats qui avaient tenu garnison dans la rivière d'Oyapock. »

Des troubles nerveux variés sont liés à l'état chloro-anémique de ces cachectiques. Ce sont des douleurs vagues, passagères, erratiques, des points névralgiques, de la rachialgie, de la gastralgie, de l'entéralgie, de la céphalée, du vertige dyspeptique; ce sont l'inertie et la débilité musculaires, des anesthésies locales, des paralysies, la morosité, les hallucinations et le délire. Ces deux derniers symptômes annoncent d'ordinaire une terminaison prochaine.

Toutes les formes de fièvre que nous avons étudiées précédemment peuvent se montrer chez le cachectique. Dans sa constitution, modifiée et dominée par l'impaludation, la fièvre est à l'état latent, et, à la moindre cause

occasionnelle, apparaît avec des caractères et des types divers. Rarement ce sont des accès réguliers et franchement intermittents; irréguliers dans leurs retours et leurs stades, ils peuvent être subintrants, dégénérer en fièvre rémittente ou pseudo-continue avec des exacerbations le soir ; ils affectent très-souvent les bizarres allures de la fièvre larvée et, très-souvent aussi, ils prennent le caractère pernicieux. La gravité de ces accès nécessite une active intervention, d'autant plus énergique que la détérioration de la constitution livre le malade sans résistance à un péril imminent, et que les retours de la fièvre aggravent encore la cachexie, même chez ceux qui, pendant une longue période d'apyrexie, tendaient à revenir aux conditions ordinaires de la santé.

La marche de la cachexie palustre est loin d'être régulière et uniforme. Ordinairement, c'est graduellement et lentement que, sous les influences combinées des miasmes et des causes générales, hygiéniques et climatériques, la constitution s'altère profondément. La gravité et la fréquence des accès fébriles accélèrent la marche des accidents, activés ou retardés suivant la résistance des individus aux influences morbides. La cachexie peut succéder à quelques accès, apparaître après un court séjour dans une localité palustre. D'autres fois, c'est par une lente gradation, après des années, que la diathèse paludéenne se transforme en cachexie. Une fois établie, celle-ci ne tend pas à guérir spontanément. Au milieu du foyer, elle s'aggrave par l'action même de la cause productrice qui se continue, par les diverses manifestations fébriles qui se produisent, par les affections intercurrentes et par les accidents plus ou moins directement liés à l'état cachectique, et dont la diarrhée est un des

plus redoutables. La terminaison fatale est amenée souvent par la diarrhée colliquative ; elle est rapidement déterminée par un accès pernicieux ; dans d'autres circonstances, quoique prompte, elle est consécutive aux progrès de l'hydrémie; le malade succombe dans le coma, avec des phénomènes asphyxiques ou dans une syncope, et, pour expliquer la mort, on trouve des collections séreuses dans les membranes et dans les ventricules du cerveau, des épanchements pleurétiques, de l'œdème pulmonaire, de l'hydropéricarde et, ordinairement, plusieurs de ces complications réunies chez un même individu.

« C'est par syncope, dit très-justement M. le docteur Laure, et non par apoplexie, que meurt l'anémique. Nous n'avons jamais constaté l'apoplexie sanguine ou séreuse; on ne trouve, à l'autopsie, que la sérosité sous les membranes, dans la cavité de l'arachnoïde, dans les ventricules, dans le péricarde, dans la plèvre et dans le péritoine. La lésion vasculaire manque, aussi bien que le ramollissement ou la déchirure du cerveau. Le cœur et les poumons, comme tous les tissus, flétris et décolorés, semblent macérés. La trame organique n'est pas altérée; mais elle semble séparée, comprimée, noyée dans le sérum du sang, dont la composition est plus ou moins modifiée. »

L'altération du sang ne consiste pas seulement dans l'abaissement du chiffre des globules, mais surtout dans l'augmentation du sérum. A l'aglobulie succède l'hydrémie, qui se caractérise par la fluidité du liquide sanguin dont la masse, quelquefois diminuée d'une façon notable, est, au contraire, considérablement accrue, dans le plus grand nombre des cas, par la décoloration de ce

liquide, par la tendance aux hémorrhagies et par les hydropisies de toute sorte observées pendant la vie et après la mort. « L'impossibilité assez fréquente, écrit M. Dutroulau, d'expliquer les hydropisies par un engorgement des viscères ou des vaisseaux abdominaux faisant obstacle au cours du sang, ne permet pas de les attribuer à une autre cause qu'à l'hydrémie. La rate, en effet, n'est pas toujours engorgée, alors même qu'à une une certaine phase de la maladie on a pu constater son développement par l'examen clinique. C'est une preuve de plus que les variations de volume de la rate, l'augmentation, comme la diminution, sont soumises aux phénomènes divers qui s'observent pendant le cours de la maladie; une diarrhée ou une diurèse abondante, par exemple, peut emporter hydropisie et engorgement. Le gonflement mou est pourtant l'état le plus fréquent de la rate. » Suivant M. Laure, les altérations de la rate ne sont pas constantes et paraissent moins profondes que celles du foie. « Nous avons vu la rate réduite, dit-il, aux dimensions d'une languette mince, ou bien hypertrophiée jusqu'à refouler les parois abdominales, dure, compacte et résonnant comme un corps ligneux. Elle est plus souvent contractée, ratatinée par une sorte d'induration qui la rend imperméable. »

Dans la cachexie dégagée de toute complication dysentérique, l'intestin est pâle et transparent; la muqueuse est pâle, infiltrée; celle de l'estomac offre, en outre, une teinte violacée par places; les glandes mésentériques sont indurées, quelquefois ulcérées, sans tuméfaction ni rougeur. Le foie présente quelquefois la disposition connue sous le nom de *foie gras;* mais, ordinairement, son volume est réduit, loin qu'il dépasse le rebord costal;

son tissu est plus dense, l'élément fibreux semble plus développé; les coupes sont sèches, peu marbrées, plutôt grises et pâles que jaunâtres.

Les lésions de la cachexie palustre peuvent-elles exister chez les animaux? Il est probable que certaines espèces n'échappent pas aux influences miasmatiques, et, sans doute, il y a là une question intéressante de pathologie comparée à étudier. Les faits suivants semblent prouver cette influence. Parlant des conditions insalubres de la Comté, M. A. Jusselain[1] rapporte que les animaux même se font difficilement à cet air empoisonné. « Souvent, dit-il, les bœufs qu'on nous envoyait de Cayenne, quand ils avaient passé un mois à Saint-Augustin, se couchaient sur le flanc, tremblant de tous les membres, comme gens que glace le frisson de la fièvre, et mouraient, après avoir traîné plus ou moins longtemps. On chercha longtemps la cause de cette maladie... Enfin, un jour où il était mort quatre de ces animaux, je fis ouvrir le cadavre de l'un d'eux... On trouva les organes sains, sauf la rate, qui avait un volume extraordinaire et était complétement engorgée. »

Une note que m'a communiquée M. le docteur Rougon, chirurgien de la marine, contient ces lignes : « A la Vera-Cruz, environnée de marais, j'ai visité plusieurs fois, avec M. Thiébault, vétérinaire de l'armée, les bœufs sacrifiés pour l'alimentation : infiltration et décoloration de la fibre musculaire, sérosité assez abondante dans les cavités séreuses, plèvres, péricarde, péritoine, hypertrophie de la rate, telles étaient les lésions ordinairement rencontrées. »

[1] *Un Déporté à Cayenne*. Paris, 1865.

La cachexie palustre confirmée n'a pas de tendance à guérir spontanément dans le foyer qui lui a donné naissance. Le retour aux conditions de la santé n'est jamais franc et définitif. Il n'y a peut-être pas, comme dit M. Laure, de lésion matérielle incompatible avec la vie, mais aucun appareil n'est à l'état normal. Le changement d'air reste le dernier mot de la médication. Celle-ci se divise en deux parties et comprend deux ordres de moyens : il y a la médication presque toujours infructueuse dirigée contre la cachexie dans le foyer même, et celle qui lui est opposée avec avantage en dehors de ce foyer. Ces médications se ressemblent. Les moyens qui constituent le traitement s'adressent aux accidents aigus de la cachexie, si l'on peut ainsi nommer les accès intermittents ou pernicieux, et aux accidents chroniques qui réclament, à côté des ressources variées de la thérapeutique, l'utile intervention de l'hygiène.

« Jusqu'au moment où le changement d'air sera possible, écrit M. Laure, on atténue les effets de l'endémie par tous les moyens capables de soutenir les forces : nourriture animale, exercice modéré, bains de mer, frictions, massage, excitants cutanés, vésicatoires volants sur les côtés de l'abdomen, amers, quinquina, sirop d'écorce d'orange, noix vomique, strychnine, iode, huile de foie de morue, préparations martiales. » L'utilité des évacuants est établie par M. Laure et contre les accidents de fièvre et les épanchements séreux au début de la cachexie et contre les effets chroniques de l'impaludation. L'ipéca suivi d'un purgatif modifie l'état saburral ou la complication bilieuse que présentent certains accès fébriles. Les purgatifs, les drastiques même diminuent les épanchements séreux, l'ascite et l'anasarque dont les

progrès peuvent être redoutables. Aidés des révulsifs cutanés à la nuque et aux extrémités inférieures, ils modifient les phénomènes de somnolence et de coma que déterminent les épanchements de sérosité dans les membranes du cerveau. On a même essayé contre ces accidents de la cautérisation sincipitale. Les hydropisies localisées sont combattues par les purgatifs, les révulsifs et les diurétiques. L'association de ces moyens n'est pas non plus sans influence sur le gonflement de la rate et du foie, qu'on voit souvent diminuer et disparaître même après leur emploi.

Le sulfate de quinine n'a contre la cachexie aucune utilité réelle; mais les accidents fébriles qui dépendent de celle-ci, la compliquent et l'aggravent, nécessitent l'emploi du fébrifuge, dont les doses ont rarement besoin d'être élevées, à moins que les accès n'offrent quelque caractère grave ou insolite, ne menacent de devenir subintrants ou pernicieux. Une médication identique est réclamée par les accès qui se déclarent en dehors du foyer et qui peuvent parfois présenter une extrême gravité, même après un séjour de plusieurs mois dans les régions tempérées.

Dans les climats chauds, l'arsenic ne semble pas avoir, comme antipériodique, une action proportionnée à la rapidité et à la gravité des accidents observés. Des médecins de la marine, M. Laure, à Cayenne, Gonnet, à la Guadeloupe, l'auraient employé avec avantage contre des fièvres rebelles. Les préparations arsenicales, comme moyen reconstituant, sont administrées dans la cachexie. Les accidents diarrhéiques, qui très-souvent accompagnent celle-ci, m'ont semblé aggravés par l'arsenic et rendent son emploi difficile, en dehors même des milieux palustres.

Toute tentative de guérison sur place, dit M. Dutroulau, quand la cachexie est confirmée, est aussi condamnable de la part du médecin qu'imprudente de la part du malade, lorsque le changement de lieu est possible. Aux Antilles, les cachectiques peuvent fuir les foyers paludéens et trouver dans les hauteurs volcaniques des conditions climatériques différentes. Un séjour un peu prolongé dans des localités dont l'altitude assure une vive et fraîche aération suffit quelquefois pour couper des accès opiniâtres, et contribue, avec les ressources de l'hygiène, à modifier complétement l'état des cachectiques. Mais c'est là souvent une ressource insuffisante, et c'est l'émigration vers les climats froids ou tempérés qui constitue la dernière ressource et la plus puissante.

L'opportunité du déplacement, qui commence du moment que la cachexie est déclarée et se montre rebelle à l'emploi des premiers moyens dirigés contre elle, ne saurait avoir la même mesure pour tous les malades. Elle cesse d'autant plus tôt que l'état cachectique s'est montré avec rapidité et intensité. Les Européens qui sont vite devenus cachectiques doivent être promptement rapatriés; pour eux, un délai de quelques mois, de quelques semaines quelquefois, peut être un délai mortel. Ordinairement il y a moins d'inconvénient à différer lorsque la cachexie s'est établie par de lentes influences.

Arrivé dans les régions tempérées, le malade n'est pas guéri de sa fièvre. Pendant un temps plus ou moins long, dont la durée peut varier de quelques mois à un ou deux ans, il est exposé à des retours de fièvre, ordinairement irréguliers et quelquefois très-violents. Dans le traitement des accidents chroniques de la cachexie, l'hygiène a un rôle aussi important que la thérapeutique. C'est à

tout ce qui peut modifier la masse du sang et changer la constitution qu'il faut successivement recourir ; aux préparations martiales, aux toniques, au quinquina surtout, aux amers, à l'alimentation réparatrice, aux inhalations d'oxygène qui aident si puissamment à l'assimilation, au massage, à l'hydrothérapie, aux bains toniques, aux bains de mer. L'hydrothérapie et les bains ne devront être employés qu'en dernier lieu ; leur emploi prématuré, dans les premiers temps du séjour du malade, en l'exposant à prendre froid, déterminerait presque fatalement le retour d'accès fébriles plus ou moins graves. Plusieurs faits observés à Paris me font craindre, pour les sujets affectés de fièvres des régions tropicales, les impressions de froid. Les influences des pays tempérés, l'action tonique de l'hiver surtout, aident d'une façon marquée à l'action combinée de l'hygiène et de la thérapeutique. Ces conditions climatériques puissantes, qui résultent de la succession des saisons, le malade ne peut les rencontrer dans les localités même les plus salubres des Antilles, où la température est presque constante. Ce sont là des conditions que malade et médecin ne doivent pas oublier lorsqu'il s'agit d'émigrer loin du foyer endémique, que la maladie soit l'anémie tropicale, la dysenterie ou la diarrhée chronique.

CHAPITRE IV.

DE LA DYSENTERIE ET DE LA DIARRHÉE CHRONIQUE.

Il n'existe pas pour la dysenterie, comme pour la fièvre jaune, de limites géographiques. Maladie de tous les climats, elle se montre sporadiquement ou à l'état épidémique dans les régions tempérées; dans les pays chauds, sous la zone tropicale surtout, elle règne endémiquement et sévit sur toutes les races indistinctement. Son intensité varie selon les contrées et les localités. Aux Antilles françaises, elle est plus fréquente dans les localités élevées et volcaniques que dans les terrains bas et alluvionnaires où règne l'endémie palustre.

Contrairement à l'opinion d'observateurs distingués, je crois qu'il convient de séparer la dysenterie des diarrhées si fréquentes et si graves qu'on rencontre dans la zone tropicale. Cette distinction, difficile en ce qui touche aux lésions anatomiques, peu importante au point de vue thérapeutique, existe au fond et repose sur la nature différente de maladies se traduisant symptomatiquement par des caractères opposés. La diarrhée et la dysenterie me semblent être deux affections endémiques et parallèles qui, très-souvent, parcourent isolément leurs différentes phases. Souvent la diarrhée succède à la dysenterie, et les deux états morbides se compliquent et semblent se confondre.

La différence des points de vue peut rendre compte de la divergence des opinions. Les médecins qui admettent

la dysenterie chronique, la diarrhée dysentérique, ont surtout observé la maladie sur l'élément européen. Pendant six années, dans la pratique civile, à l'hôpital civil, à l'hospice des aliénés, j'ai rencontré la diarrhée et la dysenterie sur les divers éléments de la population de Saint-Pierre, sur les races tropicales surtout, et il m'a paru évident que si les deux affections alternent, se succèdent et s'enchevêtrent souvent, dans un plus grand nombre de cas elles se montrent indépendamment l'une de l'autre, et avec des caractères parfaitement tranchés. Aussi, loin de les considérer comme deux degrés d'une même maladie et de les confondre sous un même titre, je décrirai à part la dysenterie, qui est un état aigu, et la diarrhée, qui est un état chronique, ne me dissimulant pas les difficultés et les obscurités qui résultent de la complication fréquente de ces deux affections.

Donner à des flux intestinaux qui durent des mois et même des années le nom de dysenterie, c'est en altérer la signification précise, qui désigne une affection spécifiée nettement dès l'époque hippocratique, affection dont les caractères, loin de changer dans les régions tropicales, se montrent avec plus de relief. La marche et la durée, rapides ou courtes, rarement lentes dans la dysenterie, peuvent se prolonger des mois et des années dans la diarrhée chronique. Celle-ci peut s'établir d'emblée, ou bien succéder aux rechutes ou aux récidives de la dysenterie. Dans ce dernier cas, il n'y a pas eu transformation graduelle d'un état aigu en un état chronique, mais succession d'une maladie à une autre, toutes deux différentes, d'ailleurs, par leurs symptômes.

Les tranchées, le ténesme, les selles muqueuses, mucoso-sanguinolentes, sanglantes, se retrouvent-ils

dans la diarrhée chronique? Le ténesme et les douleurs tormineuses n'existent pas; et les selles, loin de ressembler à du sang et de la graisse, à de la lavure de chair, sont semblables à des purées jaunes, blanchâtres, vertes, ardoisées; elles sont souvent séreuses ou lientériques. N'y a-t-il pas, en outre, un antagonisme entre la dysenterie et la diarrhée? Quand celle-ci survient, les selles dysentériques changent de caractère, et la diarrhée, tant qu'elle dure, efface la dysenterie. Le plus souvent, les excrétions diarrhéiques survenant dans le cours de celle-ci en annoncent la terminaison. Stoll n'a-t-il pas, d'ailleurs, avec raison, rangé la véritable dysenterie parmi les maladies qui resserrent le ventre?

ARTICLE I. — Dysenterie.

Dans l'état actuel de la science, la dysenterie ne saurait être définie ni par sa nature, ni par ses lésions anatomiques. Affection distincte de la diarrhée par ses symptômes, c'est une colite d'une nature particulière caractérisée par des coliques, des épreintes, du ténesme, et le rejet d'une matière spécifique muqueuse, mucoso-sanguinolente, parfois sanglante. Apyrétique ou fébrile, c'est une affection douloureuse et grave, régnant endémiquement dans les pays chauds avec des retours d'énergie.

L'étiologie de la dysenterie est un problème obscur dont les inconnues sont loin d'être dégagées par l'observation. Dans les régions chaudes où elle est endémique, elle semble dépendre d'une cause permanente dont la nature reste à pénétrer. Dans quelle mesure cette cause

est-elle liée aux conditions climatériques et géologiques? Est-ce un miasme végétal ou animal? Si nous pouvons, en en exagérant sans doute la portée, apprécier les causes prédisposantes et occasionnelles, la cause réelle de la dysenterie nous échappe, comme celles de la plupart des maladies épidémiques. Nous arrivons du moins, par la connaissance des localités où la maladie règne endémiquement, sous les tropiques, à éliminer certaines influences qui n'ont avec elle aucun rapport étiologique direct. Ainsi, le miasme palustre ne peut être mis en cause. S'il est des localités où règnent simultanément ou alternativement l'endémie palustre et l'endémie dysentérique, il en est d'autres, nullement impaludées, où la dysenterie est permanente.

Pour ne parler que des possessions françaises, au Sénégal, en Algérie, à la Guyane, la dysenterie et la fièvre palustre règnent à côté l'une de l'autre. Sur le sol paludéen de la Guyane, la dysenterie est fréquente et peu grave; elle est endémique sous le climat salubre de la Réunion, où le marais ne se rencontre pas. Sur les côtes de Madagascar, elle est très-rare; très-rare également dans un autre pays palustre, à Mayotte. A la Nouvelle-Calédonie et à Taïti, il existe des marécages, et, au lieu de fièvres intermittentes, c'est la dysenterie qu'on rencontre. Aux Antilles françaises, l'endémie paludéenne et l'endémie dysentérique ont chacune des foyers distincts. A la Guadeloupe, la dysenterie, rare à la Pointe-à-Pitre, ville située au milieu de terres basses, couvertes de marécages et de palétuviers, est fréquente et grave à la Basse-Terre, ville située sur les premiers gradins d'un terrain volcanique. Même distribution à la Martinique, suivant la nature du sol. A Fort-de-France, bâti sur un

terrain madréporique, au fond d'une baie entourée de marécages, c'est la fièvre palustre qui domine; à Saint-Pierre, sur les premières assises d'un terrain montagneux, l'endémie dysentérique se montre dans toute son intensité. Que conclure de cette distribution géographique de la fièvre et de la dysenterie sous les tropiques, sinon qu'il n'y a pas antagonisme entre elles; qu'elles appartiennent à des causes distinctes et que le miasme palustre ne détermine pas la dysenterie ?

Notre ignorance est complète sur l'influence que la constitution du sol peut exercer sur la dysenterie endémique. L'influence des saisons n'est guère mieux connue au fond. Dans les pays tempérés, les épidémies de dysenterie apparaissent généralement dans le courant de l'été, atteignent leur maximum d'intensité au commencement de l'automne et disparaissent, en s'atténuant graduellement, vers la fin de cette saison. Ces épidémies ne se déclarent pas toujours dans les années les plus chaudes. Sous la zone tropicale, où l'année ne compte que deux saisons bien tranchées : l'une, dite la belle saison, et l'autre, la mauvaise saison ou l'hivernage, qui ne dure que trois ou quatre mois, la dysenterie endémique est évidemment influencée par les modifications atmosphériques. C'est pendant l'hivernage, saison des orages, des pluies diluviennes, des calmes énervants, des vents chauds et humides, que la fréquence et l'intensité plus grandes de la maladie correspondent à la température la plus élevée. Aux Antilles, le temps variable et pluvieux qui fait suite à l'hivernage n'est pas, non plus, sans action sur la continuation et l'intensité du mal pendant les mois de décembre et de janvier. Tout en tenant compte des conditions inconnues qui peuvent, à toute

époque de l'année, imprimer à la dysenterie le caractère épidémique, on peut dire que c'est pendant l'hivernage et son arrière-saison que l'intensité morbide est adéquate à la température. Partout, sous les tropiques, la saison la plus chaude est la saison des ravages de la dysenterie.

Malgré la relation intime qui, dans les climats chauds, existe entre la peau et la muqueuse digestive, je crois qu'il faut, dans l'étiologie de la dysenterie, restreindre de beaucoup l'influence de la réfrigération, qui ne peut être, d'ailleurs, qu'une cause occasionnelle. Je l'ai si souvent cherchée en vain, et, pour les races tropicales en particulier, il est tant de circonstances où survient le refroidissement sans être suivi de dysenterie, que je suis porté à penser que les brusques variations de température n'agissent que comme causes passagères et individuelles, sans influence sur l'extension et l'intensité de la maladie.

Sans nul doute aussi, on a fort exagéré l'influence de l'eau comme boisson qui, tantôt agirait physiquement par sa température et déterminerait, lorsqu'elle est ingérée froide, le corps étant en sueur, des accidents dysentériques comme ceux qui succèdent à la suppression de la transpiration par un brusque abaissement thermométrique, tantôt au contraire agirait chimiquement et physiologiquement par le fait de sa composition. MM. Dutroulau et Ehrel, sans nier l'action nocive qu'une eau de mauvaise qualité peut exercer sur la dysenterie, ont rapporté des faits qui restreignent et annulent l'influence de cette cause sur le développement des accidents dysentériques. Ainsi, en 1848, tandis qu'en rade de Saint-Pierre, le *Brandon*, qui ne consommait que de l'eau distillée, et l'*Embuscade*, de l'eau prise en France, subis-

saient une violente épidémie, les navires de commerce, qui faisaient usage de l'eau des aiguades, étaient épargnés par la dysenterie. Celle-ci n'en sévit pas moins sur la garnison de Saint-Pierre, depuis que l'usage de l'eau de pluie a été substitué à celui de l'eau de rivière. Comme l'eau vive, aérée, limpide des rivières torrentueuses de Saint-Pierre, l'eau saumâtre, chargée de matières palustres du fleuve à Saint-Louis du Sénégal, a été accusée d'occasionner la dysenterie ; mais en vain des citernes flottantes sont allées chercher l'eau au haut du fleuve, la maladie n'en a pas moins continué ses ravages.

Ainsi que l'a dit M. Dutroulau, les excès de régime en aliments sont rarement la cause de la dysenterie dans nos colonies... Ce serait plutôt, chez les sujets prédisposés, la mauvaise qualité des aliments, tels que les charcuteries, les viandes et les poissons salés et fumés, recherchés par les soldats et les marins au lieu et en sus de la ration réglementaire. Quant à l'influence des fruits, c'est un préjugé contre lequel Stoll et Zimmermann se sont élevés. Dans les pays chauds, l'observation est loin de confirmer la croyance populaire. L'abus des fruits peu mûrs peut occasionner des coliques, des obstructions, des accidents diarrhéiques, mais ne peut causer la dysenterie épidémique. Les fruits mucoso-sucrés, dont le peuple fait un usage abondant, sont sains et nourrissants, et les fruits acides et astringents sont usités pour la plupart dans la médecine populaire contre la dysenterie.

Les excès alcooliques, qui ont une action incontestable sur les rechutes et les récidives de la dysenterie, prédisposent-ils à l'invasion de celle-ci ? « Le tafia, dit M. Dé-

lioux de Savignac[1], est, dans les colonies sucrières, un poison qui le dispute par ses ravages aux miasmes suspendus dans leur ciel. Toutes les endémies tropicales ont prise sur celui qui s'abreuve d'alcool. Il n'est que trop connu que dans nos régiments le tafia épure les compagnies de leurs mauvais sujets, en les sacrifiant particulièrement à la dysenterie. » Mais, ainsi que le remarque M. Dutroulau, ce n'est pas toujours cette maladie qui frappe les Européens adonnés à l'ivrognerie, et c'est rarement à l'influence alcoolique qu'on peut rapporter une première attaque de dysenterie. Parmi les éléments divers qui composent la population sédentaire des villes, j'ai vu un si grand nombre d'individus adonnés aux excès alcooliques être exempts de dysenterie et celle-ci sévir si souvent sur des femmes et des enfants, que je suis porté à restreindre dans l'étiologie la part qui peut revenir à l'abus des alcooliques.

Dans les localités où la dysenterie est endémique, tous les âges, toutes les constitutions y semblent presque également prédisposés. Nulle propriété de race n'en met à l'abri. L'acclimatement n'en préserve pas. La première enfance et la vieillesse sont plutôt sujettes à l'entérite et à la diarrhée; c'est surtout dans la seconde enfance et dans l'âge adulte que se montrent les cas sporadiques et que la maladie sévit lorsqu'elle prend le caractère épidémique. Il est certaines épidémies qui frappent particulièrement l'enfance. « La dysenterie, dit M. Rufz[2], est partout et toujours le vrai fléau des pays chauds : jeunes et vieux, acclimatés et non acclimatés,

[1] *Traité de la dysenterie.* Paris, 1863, in-8°, p. 43.

[2] *Études historiques et statistiques sur la Martinique.* 1850, t. II.

sobres ou intempérants, hommes ou femmes, soldats, matelots, religieuses, tous y sont exposés... On ne trouve guère d'hommes dans les colonies dont elle n'ait mis au moins une fois l'existence en péril ; et les rechutes en sont plus graves ; et c'est pour cela que l'on a plus de mortalité chez les troupes dont le séjour est prolongé. »

Maintenant, quelle est la vraie nature de la dysenterie ? Obscur problème où la spéculation court le risque de s'égarer, parce qu'il lui manque pour arriver à la solution la connaissance de la cause réelle de la maladie. La forme épidémique, l'irradiation lointaine, les foyers formés au centre d'agglomérations d'hommes dans un espace confiné, semblent assimiler la dysenterie aux maladies infectieuses comme le typhus.

La dysenterie est-elle contagieuse ? Les uns le nient avec Stoll, et n'admettent, même dans les cas d'épidémie, qu'une simple infection ; les autres, au contraire, considèrent la contagion comme parfaitement démontrée. Zimmermann, Cullen, Percy, Desgenettes, Pringle, Lind, Délioux, sont au nombre des contagionnistes. Malgré le grand nombre de faits que j'ai vus, bien que j'incline vers la contagion, je ne suis pas en mesure de l'affirmer. On est mal placé pour saisir les rapports qui peuvent dénoncer la contagion, lorsqu'on observe dans une localité où la maladie est endémique. « Dans les petites localités, dit M. Trousseau[1], pour qui la contagion de la dysenterie est aussi évidente que celle de la scarlatine, dans les petites localités, où cela est plus facile à faire que dans les grands centres de population, on peut remonter à la

[1] *Clinique médicale*, 1865, t. III, p. 160.

source du mal et suivre sa marche progressive à travers les pays qu'il envahit. Nos honorables confrères de l'armée d'Afrique, où la maladie exerce par intervalles de si grands ravages, ne nous ont-ils pas appris que lorsqu'elle règne dans un régiment, elle se déclare partout où ce régiment vient séjourner, suivant ainsi à la trace nos colonnes expéditionnaires? Et si, quand, en raison du grand nombre de malades qui remplissent les hôpitaux de l'Algérie, on en évacue quelques-uns en France, Marseille, sur laquelle ils sont dirigés, devient à son tour le foyer d'une épidémie de dysenterie dont on n'avait pas d'exemples avant l'arrivée de ces soldats. »

Le début de la dysenterie est très-différent suivant les cas. Tantôt elle commence par les symptômes locaux, tantôt elle est précédée de symptômes généraux plus ou moins prononcés. La céphalalgie, la soif, un mouvement fébrile peu intense, sont promptement suivis de coliques et des autres symptômes caractéristiques. D'autres fois, sans cause appréciable, les individus sont pris de diarrhée, et au bout de vingt-quatre à trente-six heures les garde-robes changent d'aspect et deviennent dysentériques. Dans des cas plus rares, et surtout lorsque la maladie affecte le caractère épidémique, l'économie est surprise en pleine santé et la dysenterie éclate avec ses redoutables accidents.

Sa symptomatologie est caractéristique, ne ressemble à celle d'aucune autre maladie; et comme les lésions restent localisées à la partie inférieure du tube digestif, les symptômes pathognomoniques ont pour foyer le gros intestin. Les autres portions du tube digestif et ses annexes participent d'une façon inégale et variable à l'état morbide du rectum. Les coliques ou tranchées siégent

surtout à l'hypogastre, suivent le trajet du côlon et sont plus vives dans la fosse iliaque gauche que dans la droite. La pression exagère ces douleurs, qui sont passagères, intermittentes ou continues. Le besoin d'évacuer les fait naître ou les réveille, et au moment des évacuations elles deviennent exacerbantes. Ces tranchées sont aiguës, et donnent une sensation de torsion intestinale qui leur a valu la désignation de *tormineuses*.

En outre, les évacuations sont précédées d'envies fréquentes, presque incessantes d'aller à la garde-robe, qu'accompagne un sentiment de brûlure s'irradiant de l'anus au rectum. Ces épreintes sollicitent le besoin pénible de forcer ou pour ne rien rendre, ou pour évacuer avec peine une petite quantité de matière dont l'expulsion n'amène qu'un répit court et imparfait dans les douleurs. Outre la sensation de constriction vers le rectum, de tension à l'anus, le malade ressent, au moment de la défécation, une douleur cuisante à l'anus, rapportée généralement au passage irritant de la matière spécifique. Cette dernière douleur, ainsi que les épreintes, constitue le ténesme.

Le ténesme ne semble nullement dépendre de la contraction spasmodique du sphincter anal. Il existe, en effet, chez des malades dont l'anus, loin d'être contracté, est largement ouvert. C'est à la vive inflammation de la muqueuse rectale que ces sensations douloureuses doivent être rapportées. Le boursouflement de la muqueuse, lorsque le sphincter inférieur est paralysé, peut entraîner la chute du rectum à la suite des efforts incessants de défécation.

Les déjections sont formées de mucosités glaireuses, pelotonnées ou en grumeaux, d'un blanc jaunâtre ou

incolores et transparentes, comparées à du frai de grenouille, à de la graisse semi-fluide, à des crachats pneumoniques lorsqu'elles sont colorées par le sang. Les mucosités peuvent être panachées par le sang qui forme aussi de petits caillots isolés ou se rencontre souvent liquide, rutilant, abondant même au fond du vase. Ces déjections ont une odeur fade, nauséeuse, *sui generis*. Dans un certain nombre de cas, dans les premiers jours de l'invasion de la maladie, les évacuations spécifiques sont moins évidentes, masquées par des matières diarrhéiques mal liées, jaunâtres, verdâtres, tout à fait vertes, mais au milieu desquelles on peut les retrouver avec quelques-uns de leurs caractères. Bientôt d'ailleurs les matières diarrhéiques cessent d'être rendues et les déjections dysentériques se retrouvent seules. Au milieu de ces garde-robes on peut rencontrer aussi des matières fécales moulées, plus ou moins dures et marronnées comme celles que rendent les individus affectés de constipation.

Avec les mucosités glaireuses, les selles contiennent des pellicules minces, débris d'épithélium provenant de l'exfoliation de la muqueuse, des fausses membranes comparées à du riz crevé, à de la raclure de boyaux par les malades. Les déjections se répètent soixante, cent, deux cents fois dans les vingt-quatre heures, et bien que les matières rendues chaque fois soient peu considérables, la masse totale des garde-robes peut être de plusieurs litres. Lorsque ces garde-robes contiennent du sang vif, il est facile de comprendre la rapidité avec laquelle arrive l'anémie et la gravité des accidents qui surviennent.

A une période plus avancée de la maladie, le flux

dysentérique change de caractère, devient rougeâtre, contient des débris membraniformes, fragments de muqueuse altérés et macérés, et ressemble à de la chair musculaire réduite en bouillie et délayée dans du sang décoloré Cette apparence de lavure de chair annonce généralement le passage de l'inflammation à la gangrène. Lorsque celle-ci a atteint la muqueuse rectale, les selles contiennent des matières brunes, des caillots de sang, du pus, des portions de muqueuse et ont une horrible fétidité.

L'intestin grêle participe, dans une certaine mesure, par voie de continuité à la phlegmasie du gros intestin, ce que démontrent les selles diarrhéiques observées dans le cours et au déclin de la dysenterie. Les vomissements, les nausées, la cardialgie qui se rencontrent quelquefois au début, décèlent le trouble fonctionnel de l'estomac. On observe alors aussi, dans un certain nombre de cas, des signes d'embarras gastrique. La soif varie au début comme l'appétit; elle est ordinairement vive dans les formes aiguës ou graves. Dans les dysenteries qui durent, le sentiment de la faim devient impérieux et incite les malades à commettre de regrettables imprudences. L'aspect de la langue n'offre rien de caractéristique, tantôt naturelle au commencement, ou jaunâtre et saburrale, plus tard d'un rouge vif, et, dans les complications typhoïdes, d'une apparence sèche et comme grillée.

Des annexes du tube digestif, le foie seul est deutéropathiquement atteint, ce que révèlent un ou plusieurs des signes suivants : sentiment de gêne, douleur à l'hypocondre droit, vomissements bilieux, fièvre, plus rarement ictère. Ces lésions du foie, hyperémie ou abcès,

sont loin d'être constantes. Dans un très-grand nombre de dysenteries aiguës, elles ne se révèlent pas à l'observation. Elles sont plus à redouter lorsque la maladie dure ; enfin, dans un certain nombre de cas, elles existent, bien qu'elles n'aient pas été soupçonnées pendant la vie.

La fièvre est loin d'être un symptôme caractéristique ; tantôt elle est liée intimement à un état des plus graves, tantôt elle n'est pas en rapport avec les symptômes ; le plus ordinairement elle fait défaut ; elle peut être symptomatique d'un abcès du foie ; elle dépend d'une influence paludéenne. Les graves symptômes de la dysenterie ne durent pas longtemps sans que la souffrance profonde de l'économie se traduise extérieurement. La dépression des forces se prononce rapidement et ne fait qu'augmenter à mesure que l'affection se caractérise. Dans le repos, le malade est dans le décubitus dorsal ; dans le paroxysme des tranchées, il fléchit le thorax sur le ventre et en rapproche les cuisses ; il se pelotonne sur lui-même en quelque sorte en poussant des gémissements plaintifs. Le visage exprime la souffrance, les yeux s'éteignent et s'excavent ; à moins de réaction fébrile, la face est plutôt pâle que colorée, et lorsque la dysenterie est grave, surtout quand elle dure, à l'émaciation se joint une teinte jaune paille, plombée ou terreuse, symptômes qui traduisent l'anémie particulière succédant à des souffrances répétées, à l'abstinence, au flux spécifique et aux pertes de sang qui l'accompagnent. Sur les races dont la peau est fortement colorée, le facies offre des tons plus clairs et plus ternes.

Si, dans les différentes épidémies observées en Europe, les symptômes de la dysenterie ont pu varier au point de légitimer une division en plusieurs formes distinctes,

dans la dysenterie endémique aux Antilles, et, pour être plus précis, dans celle que j'ai observée pendant six ans à Saint-Pierre, il m'a semblé que le tableau restait constamment le même, à quelques nuances, à quelques détails près, dus à la prédominance d'un symptôme ou d'une complication. Toute division en formes tranchées me semble arbitraire et artificielle, bonne peut-être pour la commodité de l'étude, inutile au point de vue du traitement, qui constamment reste le même. Dans la pratique, on ne rencontre réellement que les trois états suivants : l'état suraigu, l'état aigu et l'état subaigu. Ce sont trois degrés de la même maladie pouvant se substituer l'un à l'autre, offrir les mêmes complications et présenter des caractères dont le développement est limité ou favorisé par la durée de l'affection.

La marche et la terminaison varient naturellement beaucoup. Dans la dysenterie suraiguë, tantôt une diarrhée plus ou moins répétée et abondante précède l'invasion des symptômes caractéristiques, tantôt ceux-ci apparaissent tout d'abord, se confirment rapidement, arrivent en quelques heures à leur maximum d'intensité et mettent en quelques jours l'existence en péril. Les tranchées, les épreintes, le ténesme anal, ne laissent au patient ni repos ni trêve ; il se présente souvent plus de cent fois à la garde-robe, et les matières qu'il expulse sont mélangées de sang. Dans la dysenterie suraiguë, le sang évacué est vif, rutilant ; par la répétition des efforts de défécation et par son abondance, il prend quelquefois le caractère d'une hémorrhagie plus ou moins sérieuse. Dans ces cas si graves, l'appareil fébrile ne donne pas la mesure du danger. La fièvre, très-développée chez les uns, est peu marquée chez les autres. Si on la rencontre

presque toujours, elle semble plutôt liée à la constitution des sujets qu'à la violence du mal lui-même. Symptomatique de l'état morbide du gros intestin, tantôt elle imprime à l'affection un cachet inflammatoire se traduisant par la fréquence, la force et la dureté du pouls, par l'animation du visage, la température chaude et halitueuse de la peau; tantôt la fièvre existe à peine ou se décèle par des frissons, la petitesse et la fréquence du pouls, et c'est l'adynamie qui domine.

La durée de la dysenterie suraiguë varie de deux à dix jours. J'ai vu des sujets succomber en trois et quatre jours, malgré la plus active médication. La fièvre intense chez les uns, l'état adynamique chez les autres, l'hémorrhagie rectale chez quelques-uns, rendent compte, dans une certaine mesure, de ces rapides terminaisons. Si rebelles qu'ils soient en général, ces cas peuvent être modifiés par l'intervention thérapeutique. Alors la guérison se dessine, ou, avant qu'elle se prononce, l'état suraigu se transforme en état aigu. Si, le plus souvent, la dysenterie suraiguë débute d'emblée, dans un certain nombre de cas, sous l'influence de causes occasionnelles douteuses, les symptômes de la dysenterie aiguë prennent une telle intensité que l'état suraigu apparaît. Il n'y a là, ainsi que nous le disions, qu'une transformation d'un état dans un autre, et dont le degré de gravité et la durée établissent seuls la différence.

La marche de la dysenterie aiguë est essentiellement continue, mais inégale, avec des répits dans les symptômes et le plus souvent des exacerbations qui l'activent. Cependant, bien que la continuité en soit le type fondamental, la dysenterie, dans quelques rares circonstances, n'échappe pas à l'influence qui imprime à la

plupart des maladies aux Antilles le cachet de la périodicité. Ainsi que M. Cornuel[1] en a rapporté des exemples, elle offre alors une rémittence ou une intermittence bien tranchées. Le malade peut rester douze heures sans éprouver de douleurs et sans avoir de garde-robes; cette rémission peut même se répéter deux ou trois fois; mais, après cette apparence trompeuse de guérison, la dysenterie reprend sa marche continue.

Rien de plus difficile à décrire que la marche de la dysenterie aiguë, variant nécessairement selon que la maladie est légère ou grave, selon qu'elle débute par des accidents diarrhéiques ou qu'elle apparaît d'emblée avec ses caractères spécifiques, selon qu'elle est sans complications ou qu'elle est aggravée par l'hémorrhagie ou par la gangrène, selon enfin qu'elle se montre, dès le début, avec les symptômes les plus graves, ou, ce qui est le plus ordinaire, suivant qu'elle n'arrive que progressivement à ses manifestations les plus redoutables.

Ordinairement, et quel que soit le début, les symptômes, une fois déclarés, tendent à une aggravation continue, mais avec un paroxysme quotidien de nuit ou de jour. Les exacerbations, qui alternent presque toujours, même dans des cas graves, avec des périodes d'amélioration, dépendent plutôt de la nature même de l'affection que des causes occasionnelles diverses auxquelles on est porté à les attribuer. La période aiguë dure ordinairement de huit à quinze jours, mais avec une intensité dans les symptômes plus grande dans le premier septénaire que dans le second. Suivant, d'ailleurs, que les améliorations et les exacerbations se succèdent, cette

[1] *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1840, t. VIII.

période peut dépasser le vingtième jour. Dans les cas de dysenterie de moyenne intensité, sous l'influence du traitement, les symptômes spécifiques perdent de leur acuïté vers le huitième jour. Le sang disparaît des selles, qui diminuent de nombre et prennent la consistance d'une purée; les coliques et le ténesme cessent également et la convalescence tend à s'établir; mais rien n'est plus fréquent que de voir alors les symptômes s'aggraver, et la maladie revenir à la période aiguë.

La guérison, plus ou moins entravée par ces alternatives, est la règle cependant. Mais souvent, aussi, elle ne se prononce qu'au bout d'un temps fort long, après que les exacerbations répétées ont déterminé l'état subaigu. Quand les symptômes, par leur acuïté ou par leurs retours, amènent une terminaison funeste, le malade devient de plus en plus sensible au froid, et tombe souvent dans une somnolence qu'interrompent les coliques et le besoin d'aller à la selle. Le pouls devient petit, misérable, conserve sa fréquence ou se ralentit; il s'affaiblit à ce point, qu'on ne le retrouve plus qu'aux carotides. L'expression du visage change; par instants et sous l'empire des douleurs, il exprime encore une souffrance vive; mais c'est plutôt l'empreinte de l'abattement qu'il porte. Le regard s'alanguit, les traits s'effilent et prennent l'aspect du facies hippocratique. En même temps, et comme dans la fièvre pernicieuse algide et le choléra, la peau devient froide, glacée et légèrement cyanosée; la respiration et la circulation s'embarrassent de plus en plus, et le malade expire sans présenter d'agonie réelle ou après une très-courte agonie. L'intelligence reste lucide jusqu'au dernier moment.

Des symptômes graves, comme l'hémorrhagie et la

gangrène, impriment à la dysenterie aiguë un cachet spécial. Ces redoutables accidents surviennent généralement dans le cours de la maladie. Dans les localités, comme Saint-Pierre, où celle-ci règne endémiquement avec des retours à l'état épidémique, il n'est pas rare de rencontrer des cas où, dès le début, l'intensité des accidents peut faire craindre la terminaison par gangrène. Les douleurs tormineuses, les épreintes, le ténesme, les évacuations spécifiques arrivent rapidement à leur summum d'intensité, qu'ils aient été ou non précédés d'un peu de diarrhée. Les évacuations se répètent et deviennent tellement douloureuses, qu'elles épuisent le malade et déterminent quelquefois un état syncopal. Du sang vif ou pris en caillot accompagne le rejet des matières spécifiques. L'accélération et la concentration du pouls, le sentiment de froid, l'expression de la physionomie, indiquent l'horrible souffrance du malade. Un phénomène symptomatique très-important, sur lequel M. Dutroulau a appelé l'attention, c'est le ténesme vésical avec suppression presque complète des urines et l'irradiation de la douleur aux testicules, suivant le trajet du cordon.

A cause de leur acuïté, ces symptômes ne sauraient avoir une bien longue durée. On peut, malgré leur gravité, espérer les voir s'amender vers le cinquième ou le sixième jour. Les urines reparaissent ; les selles, moins fréquentes et moins pénibles, contiennent moins de sang, et l'amélioration se traduit aussi par l'état du pouls, qui se relève, et par la température générale devenue tiède et moite. « Mais si, au lieu de suivre cette marche favorable, écrit M. Dutroulau [1], la maladie continue à s'ag-

[1] *Loc. cit*, p. 419.

graver, c'est vers la gangrène générale de la muqueuse que tend alors la terminaison. Les forces du malade s'épuisent, les selles deviennent plus liquides, horriblement fétides et semblables à de la lavure de chairs mortes, dans laquelle sont suspendus des lambeaux membraneux ou de véritables portions de muqueuse intestinale, dont l'étendue et l'épaisseur varient beaucoup; elles ont souvent plusieurs centimètres de longueur. La sortie de ces longues portions de membrane sphacélée est annoncée, presque toujours, par un ténesme vésical et une dysurie des plus prononcés. Il est impossible de mettre en doute leur nature ; elles contiennent quelquefois des portions de tunique musculeuse, dont il est facile de reconnaître les faisceaux de fibres ; toujours je leur ai trouvé l'aspect grisâtre et boursouflé, qui est le caractère de la gangrène dont elles sont frappées. Ce sont donc bien les tuniques de l'intestin qui sont sphacélées, bien qu'il paraisse étrange qu'on puisse vivre après avoir rendu ces énormes lambeaux indiquant la destruction d'une si grande étendue de l'intestin. »

Après d'aussi graves désordres, la guérison est nécessairement exceptionnelle et ne peut se produire que si la gangrène tend à se limiter, en même temps que les symptômes généraux perdent de leur violence et qu'après une longue suppuration succédant à l'élimination des tuniques internes sphacélées. Lorsque la gangrène ne se limite pas, les tranchées, les épreintes, le ténesme cessent brusquement, le ventre devient insensible au toucher, le hoquet se déclare, la peau se refroidit et se couvre d'une sueur glacée, le pouls devient misérable et finit par disparaître, l'intelligence reste intacte, et le malade, qui a cessé de souffrir, s'illu-

sionne sur ce calme qui touche à la terminaison fatale.

La période subaiguë de la dysenterie ne s'offre pas d'une manière constante à l'observation. A la période aiguë succède la mort ou, le plus ordinairement, la convalescence. Dans d'autres cas, après un temps plus ou moins long, après des récidives plus ou moins fréquentes, les caractères dysentériques se modifient et s'effacent même entièrement, et la diarrhée chronique s'établit. Mais, dans beaucoup d'autres circonstances, les accidents perdent graduellement de leur acuïté sans disparaître, ou deviennent subaigus après une ou plusieurs rechutes; les déjections alvines conservent leurs caractères, ou ne les perdent que pour les reprendre promptement; la convalescence ne s'établit pas, l'état oscille entre le rétablissement et l'aggravation, et, sans prendre le caractère de la chronicité, se termine par la mort ou par la guérison, après six semaines ou deux mois de durée.

La dysenterie subaiguë redevient rarement aiguë; elle se rapproche plutôt de la période de chronicité, où s'effacent, jusqu'au point de disparaître, les caractères spécifiques de la maladie. Au reste, au lit des malades, la délimitation est bien moins nette que dans cette étude. Ainsi, dans la période subaiguë, qui est toute de transition, les deux autres périodes se rencontrent, se succèdent ou semblent se confondre, et les difficultés sont encore augmentées par les complications diverses qui se présentent.

Ces complications, qui aggravent, dans une mesure inégale, les états suraigu, aigu et subaigu de la dysenterie, se rencontrent avec autant de gravité dans la période chronique ou diarrhéique qui les remplace. Le typhus, le scorbut et le rhumatisme qu'on a observés

dans différentes épidémies de dysenterie, à bord des navires, dans les camps, les casernes, les prisons et les villes assiégées, sont des complications étrangères à l'endémie dysentérique des pays intertropicaux. Les seules qu'on y retrouve sont l'état typhoïde, la fièvre palustre et l'hépatite. Il ne saurait être question ici de la fièvre typhoïde, affection étrangère au climat des tropiques, et dont l'évolution, plus ou moins modifiée chez quelques Européens récemment arrivés, se fait parallèlement à celle de la dysenterie. Ces faits de fièvre typhoïde et de dysenterie entées l'une sur l'autre sont d'ailleurs très-rares. Les symptômes typhoïdes qui compliquent, dans un certain nombre de cas, la période ultime de la dysenterie sont la stupeur, la typhomanie et quelques phénomènes ataxiques.

La fièvre palustre peut se présenter comme complication à toutes les périodes de la dysenterie. Il n'est question ici que de ces accès que leur périodicité, leur violence, peu en rapport avec les accidents, distinguent de la fièvre symptomatique et de ses exacerbations, et nullement de la fièvre pernicieuse dysentérique, qui n'a aucun lien direct avec la dysenterie qu'elle ne fait que simuler. Ces accès paludéens intercurrents s'observent souvent à une période déjà avancée de la maladie. Lorsqu'ils tombent, les symptômes dysentériques qu'ils semblaient dominer et régler, tendent à s'apaiser, et le sulfate de quinine administré pour les couper guérit quelquefois en même temps la fièvre et la dysenterie.

La complication hépatique, plus ou moins grave selon les cas, consiste en une simple hyperémie, en une inflammation plus ou moins profonde, quelquefois même en un abcès. Ces différentes lésions peuvent exister

et passer inaperçues, masquées par la gravité des symptômes intestinaux ; l'abcès lui-même peut n'être reconnu qu'à l'autopsie. Le plus souvent, la fièvre, la douleur, la sensibilité, le développement de la région hépatique, révèlent la souffrance du foie. Il est d'autres circonstances où l'hépatite prend une telle gravité qu'elle cesse d'être une complication, qu'elle prime la dysenterie et devient l'affection principale. La complication hépatique serait, d'après M. Dutroulau[1], extrêmement fréquente sur l'élément européen, à la Martinique, puisque, dans les autopsies faites à toutes les époques à l'hôpital de la marine de Saint-Pierre, il n'en est pas une où il ne soit fait mention d'une altération quelconque du foie. Les mêmes lésions du foie se rencontrent sur les éléments divers qui constituent la race blanche acclimatée et les races tropicales, mais avec un degré de fréquence bien moindre. La plupart des dysenteries aiguës observées sur ces éléments suivent leur cours sans présenter à l'observation de complication hépatique.

La durée de la dysenterie doit varier beaucoup suivant une foule de circonstances, telles que la gravité, l'acuïté des symptômes et des complications, l'absence ou la multiplicité des rechutes. Si la dysenterie suraiguë tue en quelques jours, la subaiguë dure six semaines ou deux mois. Passé ce terme, et même auparavant, la maladie se transforme, et la diarrhée chronique, qui se prolonge indéfiniment, continue la dysenterie. C'est là une terminaison aussi fréquente que redoutable. La durée moyenne de la dysenterie aiguë est d'environ vingt

[1] *Loc. cit.*, p. 410.

jours. Lorsqu'elle doit se terminer par la guérison, les différents symptômes s'amendent graduellement; les selles surtout changent de caractère; le sang, le pus, les mucosités diminuent, puis disparaissent; les matières s'épaississent et commencent à se mouler, mais conservent pendant un certain temps, à leur surface, des stries de sang et des fragments glaireux. En même temps l'économie tend à se relever de la grave atteinte qu'elle a si profondément subie.

« La fin de la maladie, dit très-justement M. Dutroulau [1], n'est pas même le retour immédiat à la santé; la convalescence s'accompagne presque toujours, surtout après de nombreuses récidives, d'anémie, de faiblesse, de sensibilité musculaire et articulaire, de troubles de la digestion et de sensibilité du ventre, qui pendant longtemps réclament l'hygiène la plus sévère et la plus persévérante. » La paralysie de la sensibilité et de la motilité observée par Zimmermann est une terminaison de la dysenterie assez rare d'ailleurs, et dont je n'ai pas rencontré d'exemple. D'après M. Délioux [2], qui en a observé des cas sur des malades qui avaient contracté la dysenterie au Mexique, la lésion, ordinairement exclusive à la motilité, porte de préférence sur les membres inférieurs, ou plutôt sur le train inférieur de l'individu, car la paraplégie commence le plus souvent à partir des lombes. Ces malades, affectés de paralysie incomplète, avaient eu la fièvre paludéenne, quelques-uns la fièvre jaune, et l'un d'eux, celui dont la paraplégie était la plus prononcée, un rhumatisme articulaire. Si importante qu'elle ait été, il est difficile, remarque l'auteur, d'attri-

[1] *Loc. cit.*, p. 440.

[2] *Loc. cit.*, p. 190.

buer, dans ces cas, à la dysenterie, la part exacte qui lui revient dans la production des accidents paralytiques.

La dysenterie est une des affections dont le diagnostic est le plus facile. Elle possède des caractères spécifiques qui la font inévitablement reconnaître. A quelle autre maladie, en effet, pourrait-on attribuer les douleurs tormineuses, le ténesme et les selles spécifiques? Leur présence simultanée affirme la dysenterie ; lorsque celle-ci passe à la période subaiguë, la persistance d'un de ces signes suffit pour caractériser la maladie. Lorsque la diarrhée tend à se substituer à la dysenterie, les selles contiennent des matières spécifiques qui dénoncent encore l'affection primitive. Dans les cas si fréquents où la diarrhée consécutive s'offre avec ses symptômes purs de tout mélange, il est le plus souvent aisé de remonter à l'origine et de reconstituer des caractères dont le malade a gardé le souvenir le plus précis.

La dysenterie aiguë, endémique sous les tropiques, ne pourrait être confondue qu'avec la fièvre pernicieuse dysentérique, et, lorsque les évacuations sont accompagnées d'un flux notable de sang, avec l'hémorrhagie intestinale. Dans ces cas même, le diagnostic différentiel n'est pas difficile à établir. L'entérorrhagie, non liée aux hémorrhoïdes, n'est pas très-rare sous la zone intertropicale. Elle a été observée dans l'Inde, à la Réunion, au Sénégal et aux Antilles. Les deux cas que j'ai rencontrés se rapportent entièrement à la description suivante de M. Dutroulau[1] : « Elle débute brusquement par des selles fréquentes, assez abondantes, entièrement composées de sang noir, et liquides dès le début, sans ténesme,

[1] *Loc. cit.*, p. 441.

accompagnées d'anxiété plutôt que de coliques, de pâleur, de vertiges, de syncope et de petitesse du pouls. La guérison par des injections froides, astringentes ou acides, s'obtient facilement en peu de jours, et il n'y a pas d'état chronique. En voilà, certes, plus qu'il n'en faut pour ne pas commettre d'erreur. Il existe un lien entre ces hémorrhagies et l'hypéremie du foie, dont elles ne semblent être qu'un symptôme. »

La fièvre pernicieuse dysentérique se distingue de la dysenterie aiguë par ses caractères généraux et même aussi par les symptômes qui leur sont communs. Quelquefois c'est après des accès de fièvre simple que la pernicieuse dysentérique apparaît. D'autres fois, elle se montre telle dès le premier accès; le malade croit à l'invasion d'une dysenterie, puis les accidents se calment et s'effacent, et le jour même ou le lendemain un accès plus violent se manifeste. Les évacuations alvines ont une teinte plus pâle, sont moins mélangées de mucosités, plus séreuses, plus abondantes et provoquent moins de tranchées et de ténesme. Le premier accès n'offre généralement pas de gravité. Le début des accès, la transpiration froide, les phénomènes d'algidité qui accompagnent la marche rapide des autres symptômes, établissent nettement le diagnostic que les commémoratifs contribuent à éclairer. Il n'est pas rare de voir disparaître les accidents du côté de l'intestin, à mesure que l'algidité se prononce.

Dans les régions où elle est endémique, il n'y a pas, comme le disait Pringle, de dysenterie bénigne. Il faut apporter de la réserve dans le pronostic, car telle dysenterie légère au début peut s'aggraver rapidement par l'intensité d'un ou de plusieurs symptômes ou par le fait

d'une complication qui survient ; telle autre, bénigne dans la période aiguë, se prolonge indéfiniment en augmentant de gravité. Ce que nous disons de la dysenterie, nous l'avons déjà dit du pronostic de la fièvre. Parmi la population de Saint-Pierre (Martinique), les fièvres graves, les fièvres pernicieuses surtout, font bien plus de victimes, particulièrement sur l'enfance, que la dysenterie aiguë. Ce qui constitue la léthalité très-grande de la dysenterie, c'est la fâcheuse et souvent inévitable disposition aux rechutes qu'elle amène, c'est son passage fréquent à la diarrhée chronique. Il meurt alors beaucoup plus de sujets, de vieillards surtout, des accidents chroniques qui succèdent à la dysenterie que de la fièvre arrivée à la chloro-anémie, à la cachexie. « La dysenterie, dit avec raison M. Délioux [1], est, de toutes les maladies des pays chauds, celle qui fournit le chiffre le plus élevé de mortalité absolue ; cette conséquence est due moins à sa gravité individuelle, qu'à la continuité de son règne endémo-épidémique et à la multiplicité de ses manifestations. »

Si, dans le pronostic des dysenteries suraiguë, aiguë et subaiguë, l'expérience enseigne la mesure et la réserve, elle apprend aussi à espérer beaucoup de l'intervention thérapeutique. Le plus souvent, en effet, celle-ci est toute-puissante. Comme la fièvre intermittente, la dysenterie a son spécifique ; et toutes les deux, à l'encontre de tant d'autres maladies, montrent l'indéniable utilité de la médication.

Le pronostic tiré des signes particuliers varie de certitude et de gravité. L'intensité des symptômes spécifiques,

[1] *Loc. cit.*, p. 324.

le mouvement fébrile, l'hémorrhagie rectale abondante doivent faire craindre, dans la période suraiguë, une terminaison fâcheuse et quelquefois dans un temps très-court. En dehors de sa gravité immédiate, l'hémorrhagie intestinale, à quelque période qu'elle appartienne, a des conséquences éloignées et fâcheuses ; elle aggrave l'anémie consécutive à la dysenterie et par là retarde et entrave la convalescence. Dans le cours de la maladie, du huitième au douzième jour, quelquefois plus tôt ou plus tard, les garde-robes dysentériques ne contiennent presque plus de mucus, deviennent d'une horrible fétidité, sont constituées par un liquide séreux rougeâtre, au milieu duquel nagent comme des débris de chair réduite en bouillie. Cette lavure de chairs indique presque toujours le passage de l'inflammation à la gangrène.

Le diagnostic se confirme et le pronostic s'aggrave lorsque les garde-robes renferment des débris d'origine gangréneuse, des fragments étendus de muqueuse sphacélée, du pus et du sang pris en caillots. Le ténesme vésical suraigu, la douleur qui s'irradie aux testicules suivant le trajet du cordon, sont des signes fâcheux qui le plus souvent décèlent la transformation gangréneuse. Si redoutables que soient ces symptômes, ils peuvent laisser espérer une terminaison exceptionnellement heureuse après l'élimination des portions intestinales mortifiées, à la condition que l'état général du sujet ne soit pas trop altéré par ces graves lésions. Mais lorsque les douleurs cessent subitement et que l'adynamie se déclare, ce qui annonce l'extension de la gangrène intestinale ; lorsque les selles deviennent involontaires, que le hoquet survient, que la face se grippe et que l'algidité se prononce, la terminaison fatale est inévitable et prochaine.

L'anatomie pathologique de la dysenterie a été soigneusement étudiée par les médecins de la marine aux Antilles. J'emprunterai l'exposé suivant presque entièrement à leurs travaux. Les autopsies que j'ai faites en petit nombre étaient surtout celles d'individus morts de diarrhée chronique. Je tâcherai, en rapprochant et en comparant les faits, de montrer que la dysenterie aiguë a ses lésions propres, que la diarrhée chronique a les siennes, et que ces deux ordres de lésions existent concurremment, plus ou moins distinctes et reconnaissables encore, bien que mêlées et modifiées, lorsque après des rechutes s'établit ce que la plupart des observateurs appellent la dysenterie chronique, état morbide qui, pour moi, est la diarrhée chronique. Dysenterie et diarrhée sont, au reste, encore mieux spécifiées par leur symptomatologie que par leur anatomie morbide. Les faits que je possède sont en trop petit nombre pour établir irrévocablement la distinction nosographique. Il y a là de nouvelles recherches à faire qui, sans nul doute, scinderont définitivement ces états morbides.

L'étendue et la profondeur des lésions anatomiques dépendent de la gravité et de la durée de la maladie et en expliquent ordinairement l'issue funeste. Dans les cas de moyenne intensité, ou même dans les premiers jours, dans les cas suraigus, la muqueuse du gros intestin, d'un rouge foncé, brunâtre, colorée par places en noir par le sang mélangé aux produits des sécrétions intestinales, est ramollie, boursouflée et épaissie. Cet épaississement porte sur les différentes tuniques; le péritoine reste ordinairement intact. La muqueuse, ainsi boursouflée, s'enlève facilement et se dépouille de son épithélium si on la racle avec un scalpel. Il est rare que les altérations se

bornent à ces colorations et à ces épaississements partiels de la muqueuse ; on ne les rencontre que sur les sujets qui ont succombé promptement à l'intensité des accidents dysentériques, ou qui, atteints de dysenterie légère, ont été emportés par quelque complication, comme l'hépatite.

« L'ulcération, dit M. Dutroulau[1], est le caractère anatomique de la dysenterie endémique, et cette ulcération est le résultat de la chute d'une eschare, déterminée par l'inflammation gangréneuse ; elle caractérise anatomiquement la maladie au même titre que l'ulcération résultant de la chute des plaques de Payen caractérise la fièvre typhoïde. Il y a toujours ulcération quand le malade a succombé à la dysenterie aiguë ou à la dysenterie chronique avec recrudescence aiguë. » L'ulcération, si caractéristique qu'elle soit, loin d'être toujours consécutive à la gangrène, peut survenir avant l'établissement de celle-ci, se montrer tout d'abord comme une excoriation superficielle, qui se transforme en une ulcération plus ou moins large et profonde intéressant la muqueuse toute seule ou le tissu cellulaire sous-jacent ; les ulcérations ne sont quelquefois que l'ouverture de tout petits abcès du tissu sous-muqueux.

Le plus souvent la gangrène précède et cause les ulcérations, et les altérations se produisent avec une telle promptitude, qu'on ne peut reconnaître leur ordre de succession et les éléments primitivement atteints. Leur point de départ est la muqueuse, qui, bientôt envahie dans toute son épaisseur par l'inflammation gangréneuse, se détache par places autour des ulcérations sous

[1] *Loc. cit.*, p. 408.

la forme de lambeaux simulant de fausses membranes. Les ulcérations qui se montrent après la chute des eschares varient de forme, d'étendue et de profondeur; déchiquetées sur les bords, elles sont taillées à pic, intéressent le tissu sous-muqueux, les tuniques fibreuse et musculeuse, et s'arrêtent au péritoine, qui n'est que très-exceptionnellement perforé. Quelquefois la tunique fibreuse a disparu et on découvre une couche de pus entre la muqueuse et la musculeuse. Le nombre de ces ulcérations est considérable ; elles criblent quelquefois toute l'étendue de la muqueuse.

« Dans les cas les plus graves, écrit M. Dutroulau [1], depuis la valvule iléo-cœcale jusqu'à l'anus, la muqueuse a complétement perdu son aspect membraneux ; elle est épaissie, ramollie, grisâtre, ardoisée ou brune, et tellement trouée d'ulcérations, qu'elle ressemble à une grande toile à larges mailles, baignée d'un pus grisâtre et infect, et ne tenant presque plus nulle part aux tuniques sous-jacentes ; la fibreuse est presque toujours détruite, et la musculeuse elle-même peut être atteinte et laisser à nu la séreuse, qui n'échappe même pas toujours à la gangrène. Vouloir assigner une forme, une étendue aux ulcérations, dans ces cas, c'est chose tout à fait impossible, tout aussi bien que de déterminer lequel des éléments de la membrane a été atteint le premier. On dirait que tout a été frappé en même temps et qu'elle s'est immédiatement désorganisée. »

Ces lésions si graves peuvent se produire dans un temps très-court et démontrent que la marche des accidents dysentériques, comme celle des accidents palustres,

[1] *Loc. cit.*, p. 403.

acquiert, dans les régions tropicales, une redoutable célérité. Lorsque la gangrène se déclare d'emblée ou prend tout à coup de l'extension, la muqueuse tout entière et les autres tuniques ne forment plus qu'une masse putrilagineuse baignée d'un liquide ichoreux.

En résumé, l'ulcération, l'eschare gangréneuse, le putrilage, le sphacèle constituent les lésions de la dysenterie. Ces altérations sont rigoureusement limitées au gros intestin ; et cette localisation caractérise nettement la maladie. Les altérations qui s'observent dans les différentes portions de l'intestin grêle n'ont nullement l'aspect spécial des lésions dysentériques. La phlegmasie qui se transmet à l'iléon par continuité perd ses caractères spécifiques en franchissant la valvule iléo-cœcale. Le gros intestin n'est pas envahi d'une manière uniforme dans toute son étendue. Le rectum est ordinairement le point le plus malade ; de là les lésions atteignent successivement en s'affaiblissant l'S iliaque, les trois portions du côlon, puis le cœcum. Assez souvent, d'après M. Dutroulau, l'altération commence brusquement au cœcum et remonte le long du côlon ascendant, pour diminuer ensuite jusqu'à l'S iliaque, où les ravages recommencent avec plus d'intensité jusqu'à la fin du rectum.

Les lésions de voisinage varient beaucoup suivant l'intensité et la durée de la dysenterie. « Comme toutes les maladies pestilentielles, dit M. Trousseau, la dysenterie a ses bubons ; généralement les ganglions mésentériques sont tuméfiés, enflammés, et quelques-uns entrent en suppuration. » Parfois, le mésentère offre des traces d'inflammation. La rate reste saine ; le tissu parenchymateux du foie est ramolli, gonflé, se déchire avec faci-

lité et laisse couler par l'incision un sang noir et diffluent; ou bien l'hypertrophie s'accompagne d'une consistance plus grande du tissu, qui est alors friable et moins gorgé de sang. La vésicule du fiel contient une bile noirâtre ou verte, poisseuse et grumeleuse. Dans un certain nombre de cas existent de véritables abcès hépatiques.

Ces lésions du foie sont fréquentes dans la dysenterie endémique, mais elles ne sont pas constantes. « Les organes urinaires, qui donnent lieu à quelques symptômes sympathiques pendant la vie, sont assez rarement altérés. D'après M. Dutroulau [1], quand il y a eu ischurie, comme dans le cas d'expulsion par l'anus de lambeaux gangrenés, on trouve la vessie rétractée derrière le pubis, un peu injectée, contenant peu d'urine, plus souvent laiteuse que rouge et exhalant une odeur ammoniacale prononcée. »

Les poumons et le cœur ne présentent pas de lésions; les centres nerveux offrent un état d'intégrité en rapport avec l'absence des symptômes cérébraux notés pendant la vie.

ARTICLE II. — Diarrhée chronique.

Nous venons d'exposer les altérations qui caractérisent la dysenterie ; nous avons à démontrer que la diarrhée chronique a ses lésions spéciales, très-différentes des précédentes. Elles s'offrent seules à l'observation lorsque la diarrhée est primitive ; si celle-ci est consécu-

[1] *Loc. cit.*, p . 409.

tive à la dysenterie, les lésions se rencontrent simultanément, et, à côté des altérations diarrhéiques, on retrouve celles de la dysenterie plus ou moins effacées, en voie de réparation ou reprenant par intervalles le caractère ulcératif qui les spécifie, modification liée à la réapparition dans les selles diarrhéiques des matières spécifiques de la dysenterie.

Les lésions de la diarrhée, primitive ou consécutive aux rechutes et aux récidives de la dysenterie, ne restent pas localisées au gros intestin ; elles se rencontrent dans l'intestin grêle, dans l'estomac, et, par certaines complications assez fréquentes, comme le muguet, elles occupent le tube digestif dans toute sa continuité. La limite des altérations, si exacte dans un cas, si étendue et si variable dans l'autre, différencie déjà les deux états morbides.

Lorsque le dysentérique a succombé après deux ou trois mois, sans que la maladie ait repris la forme aiguë, les parois du gros intestin sont quelquefois amincies, bien que son calibre paraisse augmenté, et présentent çà et là des plaques réticulées, foncées en couleur, qui sont des traces d'ulcérations cicatrisées. Mais, ordinairement, dans les dysenteries qui se prolongent en passant à l'état subaigu, dans celles dont la guérison est entravée par des rechutes, chez les sujets qui ont éprouvé des récidives, la muqueuse épaissie prend une consistance lardacée, comme squirreuse, surtout vers le rectum ; elle a une coloration brunâtre, ardoisée. Les différentes tuniques de l'intestin participent à cette hypertrophie et finissent par se confondre dans ce tissu lardacé, dont la nature, mal définie, appelle de nouvelles recherches. L'épaississement des parois intestinales égale, dans cer-

tains endroits, jusqu'à deux centimètres; elles sont dures, résistantes et crient sous le scalpel. Il résulte de cette induration et de ce gonflement, qui portent même sur la tunique séreuse, un défaut de dilatabilité, un rétrécissement réel du calibre de l'intestin. On trouve assez souvent, suivant M. Délioux, des bosselures occupées presque chacune par un petit abcès, disposition qui multiplie les foyers purulents et explique la présence du pus dans les évacuations alvines. Elle y est également due à la sécrétion purulente qu'on observe, même en l'absence d'ulcérations, sur la muqueuse rectale comme sur toute muqueuse enflammée.

Les ulcérations existent avec l'induration des tuniques de l'intestin; les unes, en voie de réparation, les autres, cicatrisées. Quand une recrudescence ramène l'état aigu, de nouvelles ulcérations apparaissent. Dans les cas qui durent longtemps, on ne trouve plus rien sur la muqueuse. Ces ulcérations persistantes ou remplacées par des plaques réticulées, ou tout à fait effacées, et cette transformation des parois intestinales en un tissu lardacé, n'appartiennent pas à la diarrhée chronique. Ce sont des lésions qui dépendent de la dysenterie, de celle qui se prolonge et amène des rechutes ou des récidives, lésions qui persistent lorsque la dysenterie est remplacée par la diarrhée. Aussi est-ce dans la diarrhée consécutive qu'elles s'observent; elles font défaut dans celle qui s'établit primitivement.

Les altérations anatomiques véritables de la diarrhée intéressent l'intestin grêle et le gros intestin; et, dans toute l'étendue de ceux-ci, offrent les mêmes caractères. Lorsque la diarrhée s'établit consécutivement, les lésions commencent à apparaître pendant le cours de la dysen-

terie. Ce sont des suffusions sanguines, des arborisations vasculaires dessinées sur la muqueuse de l'intestin grêle; celle-ci est légèrement boursouflée et ramollie ; ces altérations de consistance et de couleur se prononcent davantage avec la durée de la maladie, et les plaques rouges deviennent marbrées et brunâtres. La muqueuse de l'estomac est souvent intacte ; parfois elle offre une coloration prononcée, un peu de ramollissement ou quelques plaques d'un rouge grenat vers le grand cul-de-sac. Les lésions du gros intestin sont celles que nous avons décrites en les attribuant à la dysenterie. Elles sont impuissantes à reproduire les matières dysentériques spécifiques, à moins qu'une recrudescence ne ramène, avec un état aigu, de nouvelles ulcérations; mais elles contribuent à produire et à entretenir le flux diarrhéique. Dans la diarrhée chronique, toute la muqueuse intestinale participe plus ou moins au trouble profond des fonctions digestives.

Lorsque la diarrhée est dégagée de toute complication dysentérique, l'autopsie révèle les mêmes lésions à la partie supérieure du tube digestif : le ramollissement, le boursouflement léger et la décoloration de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle. Celui-ci présente des plaques brunâtres, rougeâtres ; ses tuniques sont notablement amincies. Vers le grand cul-de-sac de l'estomac, dont la muqueuse est pâle et ramollie, on observe des marbrures violacées, rouge sombre, qui, dans les cas que j'ai vus, n'étaient peut-être pas étrangères aux habitudes alcooliques des sujets.

Les altérations du gros intestin sont bien différentes de celles qui dépendent de la dysenterie. A la place de l'induration et de l'hypertrophie, c'est plutôt un léger

amincissement des tuniques intestinales. La muqueuse ramollie et boursouflée présente des plaques brunes et marbrées, une injection rougeâtre générale dont les nuances vont du rouge sombre au rouge vif. Dans un cas, quelques ulcérations superficielles et peu étendues, n'intéressant que la muqueuse, existaient dans le gros intestin et à la partie inférieure de l'iléon.

Dans la diarrhée chronique, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'accidents dysentériques, les lésions de voisinage diffèrent de celles que détermine la dysenterie aiguë. L'altération du foie est la plus importante et la plus caractéristique. Au lieu de l'hypertrophie avec ramollissement ou induration du tissu hépatique, c'est l'atrophie avec décoloration allant au jaune fauve, sans modification notable de la consistance du tissu. Cette altération du foie rappelle la cirrhose. L'ascite, qui s'observe chez un certain nombre de malades, en dépend sans doute dans une certaine mesure; mais, comme l'œdème des membres et du visage, elle doit être rapportée en grande partie à l'altération profonde du sang. La diarrhée endémique des climats chauds détermine, en effet, une des plus redoutables cachexies qu'on puisse observer.

Je ne m'étendrai pas longuement sur l'étiologie. Nous avons vu la maladie succéder dans un très-grand nombre de cas à la dysenterie. Le plus souvent elle s'établit d'emblée et reconnaît une étiologie variée. Il faut éliminer de la diarrhée chronique celle qui est liée à la tuberculisation, à la syphilis, à l'herpétisme. La diarrhée endémique des régions tropicales est amenée par des causes générales et climatériques qui exercent une lente influence sur l'organisme qu'elles affaiblissent et prédisposent à l'invasion des accidents. Des écarts de régime,

une alimentation insuffisante, un refroidissement, n'ont qu'à intervenir, et la maladie se déclare. A l'inverse de la dysenterie, elle est moins fréquente sur l'élément européen que sur les races tropicales. Celles-ci sont dans des conditions meilleures pour subir les influences climatériques ; leur infériorité résulte uniquement de leurs mauvaises conditions alimentaires et hygiéniques. Si l'enfance et la vieillesse sont surtout atteintes, c'est que pour l'une les conditions de résistance aux causes déprimantes générales ne sont pas encore complètes et ne le sont plus pour l'autre.

L'impaludation n'est qu'une complication de la diarrhée. Celle-ci existe aussi bien dans les localités palustres que dans les lieux salubres. L'état chloro-anémique qui succède à la fièvre intermittente prédispose seulement aux accidents diarrhéiques. Dans les anémies de causes variées qui se rencontrent sous les tropiques, l'appauvrissement du sang entraîne l'altération des sécrétions gastrique et intestinale, hépatique et pancréatique, et la diarrhée consécutivement. La digestion imparfaite de l'aliment entretient la diarrhée, et celle-ci à son tour fait durer l'anémie. Alors s'établit un cercle vicieux qui explique les insuccès fréquents de la thérapeutique.

De toutes les affections que le médecin rencontre dans sa pratique aux Antilles, la diarrhée est peut-être la plus commune. Maladie de tous les âges et de toutes les races, elle débute après un excès, après un refroidissement, souvent sans cause connue. Dans les pays chauds, une perturbation apportée dans les fonctions de la peau, de façon à arrêter la sécrétion sudorale, au lieu de retentir sur la muqueuse bronchique et pulmonaire, agira plutôt

sur celle de l'intestin et aura pour conséquence une exagération de la sécrétion intestinale. Quelle que soit la cause, le malade est pris d'accidents diarrhéiques plus ou moins fréquents, et ne tarde pas à pâlir et à maigrir. Les selles tendent à diminuer de nombre ; généralement, après une ou deux semaines de durée, elles ne sont plus que de quatre à six dans les vingt-quatre heures. Elles sont alors plus abondantes et de consistance et de couleurs variées. Elles sont molles, spumeuses, séro-bilieuses, pareilles à des purées jaunes, vertes, grises, ardoisées, blanchâtres. C'est à l'absence de la matière colorante de la bile que leur aspect plâtreux doit être attribué. Parfois elles contiennent du pus et souvent des débris indigérés d'aliments. Cette diarrhée lientérique, qui n'est souvent que transitoire, s'établit définitivement dans un certain nombre de cas des plus graves.

A mesure que les sécrétions intestinales s'exagèrent, les fonctions de la peau s'altèrent profondément. Elle perd sa souplesse, se plisse, devient sèche, granuleuse et furfuracée. Chez le blanc, elle prend une couleur terreuse ou subictérique. Chez le nègre, elle perd son aspect lisse et lustré ; l'ongle peut tracer sur elle des caractères d'écriture qui se détachent sur le fond noir en lignes blanches formées par le dépouillement épidermique. La circulation capillaire se fait mal, gène que démontrent des suffusions cyanotiques sur les plans déclives et les extrémités. Les yeux s'excavent, le visage amaigri, ridé, se grippe souvent au dernier moment et reproduit le facies hippocratique.

L'amaigrissement progresse journellement et arrive, après un temps dont la durée est très-variable, au dernier degré de l'émaciation. La peau finit par se coller

littéralement sur les os; les muscles, émaciés, perdent de leur puissance; le tronc s'incurve sur le bassin; la démarche est vacillante; les forces s'éteignent; la voix elle-même devient faible, et les individus parvenus au marasme, courbés, titubants, ridés, rappellent l'aspect du vieillard. Cette apparence est surtout saisissante chez l'enfant.

L'abdomen offre un aspect presque caractéristique. A travers sa paroi antérieure, amincie et déprimée vers la colonne vertébrale, la main peut aisément toucher celle-ci et percevoir les battements de l'aorte. La forme évidée du ventre fait fortement saillir les épines iliaques antérieures. Cette forme est quelquefois modifiée par un léger épanchement ascitique. Ordinairement, il n'existe pas de collection liquide, car, suivant une juste observation de M. Délioux, contrairement à la cachexie paludéenne, cette cachexie est sèche et ne dépose pas de sérosité sous la peau, excepté autour des malléoles, que l'on voit assez fréquemment devenir le centre d'un œdème plus ou moins prononcé.

Au milieu de ces graves symptômes, les fonctions de l'estomac ne sont pas trop lésées. Ce n'est guère que dans la période ultime que s'observent l'anorexie, le dégoût des aliments, la gastralgie et des vomissements alimentaires, bilieux ou muqueux. L'appétit est conservé, le plus souvent exagéré, ainsi que la soif. Il dégénère même, parfois, en boulimie ou en ces perversions bizarres connues sous les noms de *pica* et de *malacia*. Aussi les imprudences des malades poussés par les incitations de la faim et de la soif sont-elles l'écueil du traitement. La langue peut rester longtemps naturelle et lisse; un peu décolorée plus tard, elle finit par être rougeâtre ou

grisâtre et fendillée. Elle présente quelquefois un singulier phénomène. Elle devient rouge vif, se dépouille de son épithélium, comme la langue d'un scarlatineux, et alors la diarrhée se modifie ou cesse tout à fait. Redevient-elle normale, le flux recommence. Cette alternance, qui se produit quelquefois à plusieurs reprises chez certains sujets, dans le cours de leur maladie, peut être annoncée à coup sûr. Souvent il existe des aphthes sur la muqueuse buccale, et, dans la dernière période, du muguet disséminé ou confluent.

La caloricité est abaissée ; la sensibilité au froid est extrême, surtout chez les hommes de race tropicale, qui recherchent la chaleur et resteraient tout le jour couchés en plein soleil, si l'on ne s'y opposait. La diarrhée chronique est une affection essentiellement apyrétique. Le pouls est faible, petit et lent, et, s'il s'accélère, la température de la peau ne s'élève pas nécessairement. Rarement la fièvre intervient, sous la forme hectique, vers la fin. La fièvre palustre complique la diarrhée, comme toutes les affections chroniques et la plupart des affections aiguës des pays chauds. Elle se montre sous la forme d'accès intermittents quotidiens, tierces ou quartes ou d'accès larvés. Parfois la cachexie palustre s'associe à la diarrhée chronique, et les deux affections, en s'aggravant mutuellement, amènent une terminaison presque toujours fatale.

« Des deux cachexies, quand elles s'unissent, dit M. Délioux [1], il semble que ce soit la paludéenne qui prime l'autre. Les sujets sont pâles, bouffis, exsangues ; leurs tissus sont infiltrés; la sérosité pleut dans leurs

[1] *Loc. cit.*, p. 170.

cavités splanchniques, sans les distendre à l'excès toutefois; ils n'ont plus de fièvre; ils n'ont pas de douleurs, la sensibilité est morte; ils ont peu de diarrhée, elle a cessé même chez quelques-uns; les selles sont involontaires chez plusieurs, non par inconscience des besoins, mais par atonie des sphincters, paralysie peut-être. » Les traits de ce tableau, si vrai d'ailleurs, sont étrangers à la cachexie sèche que la seule diarrhée détermine.

L'hydropisie ascite, qui est peu considérable d'ordinaire, complique assez souvent la diarrhée. Essentielle, idiopathique, elle provient d'une exhalation séreuse exagérée du péritoine; elle est favorisée par l'altération profonde de la masse sanguine et déterminée par la lésion du foie : l'atrophie accompagnée de la décoloration du tissu. L'engorgement splénique, lié à l'influence palustre, est une complication étrangère à la diarrhée, et qui ne laisse pas que d'aggraver la situation, en augmentant, lorsqu'elle se présente, l'épanchement ascitique. Souvent, chez les malades qui ont l'ascite liée à la diarrhée, on voit s'établir, entre les deux maladies, une sorte de balancement et les accidents diarrhéiques prédominer et faire disparaître presque entièrement l'épanchement, qui se reproduit lorsque s'amendent les symptômes du côté de l'intestin. Cette alternance peut se répéter pendant des mois et même des années.

A la fin de la maladie, on observe, chez certains sujets, une complication ultime qui, par ses caractères, se rapproche du pemphigus. Je l'ai rencontrée chez des vieillards et des adultes des deux sexes, chez le blanc, le mulâtre et le nègre. La peau de la face dorsale des pieds se gonfle, devient chaude et luisante. Au bout de deux ou trois jours, l'épiderme se soulève et forme une énorme

ampoule, qui s'étend de la racine des orteils au cou-de-pied. Après quarante-huit heures, la bulle, remplie d'une sérosité louche, crève et laisse à nu une surface rouge, légèrement fendillée, qui, à l'aide de quelques lotions alcoolisées, se sèche et guérit en une dizaine de jours. Quelquefois la maladie débute par un pied et se montre ensuite sur l'autre; souvent tous les deux sont affectés en même temps. Cette bulle s'élève sur des pieds qui sont envahis par l'œdème comme sur ceux qui n'en offrent aucune trace. Bien que cette affection guérisse, elle n'en est pas moins d'un fâcheux pronostic, le reflet d'un état général très-grave, et l'indice ordinairement d'une prochaine terminaison.

La durée de la diarrhée chronique est très-variable; elle peut être de quelques septénaires, de quelques mois et même de quelques années. Elle est difficile à limiter, à cause des périodes d'amélioration plus ou moins longues, qui font croire à une guérison prochaine que reculent sans cesse les rechutes et les récidives. Celles-ci sont d'une extrême fréquence, amenées par un excès, un écart de régime, une fatigue physique, une réaction morale, attribuées souvent à des causes hypothétiques et dues plutôt aux influences générales qui ont déterminé la maladie et dont l'action se continue.

La terminaison peut se faire brusquement ou arriver lentement par les progrès de la cachexie. La sensibilité au froid se prononce davantage; les extrémités se refroidissent et prennent une teinte cyanosée, et les malades meurent tout d'un coup ou s'éteignent après avoir eu des syncopes. Il n'est pas rare qu'un accès pernicieux intervienne et termine la scène. Souvent, au contraire, la maladie fait des progrès plus ou moins lents ou rapides;

l'affaiblissement est extrême, les selles deviennent involontaires et la vie s'éteint graduellement.

Le pronostic est ordinairement grave pour tous les âges, pour la vieillesse surtout. Maladie sujette aux rechutes, aux récidives, parce que les influences qui l'ont amenée sont permanentes, la diarrhée est rebelle à la thérapeutique, impuissante à éloigner ces influences. Beaucoup d'adultes y succombent; l'enfance lui paye un large tribut; la plupart des vieillards en meurent; elle sévit surtout sur les races tropicales. La fièvre et la diarrhée sont deux causes de mort permanentes aux Antilles. Il y est peu d'existences qui n'aient été mises en péril par l'une ou par l'autre.

« La chronicité, dit M. Délioux [1], est le danger le plus imminent ou le plus réel de la dysenterie endémique des pays chauds. C'est incontestablement à ce degré qu'elle fait le plus de victimes; et elle en fait, non-seulement sur les lieux où elle s'est développée, mais au loin et jusque dans les régions plus saines où le malade est allé chercher des conditions favorables à sa guérison. Ce serait donc une erreur de croire, d'une manière absolue, au bénéfice du changement de climat; et, parmi les nombreux infortunés prétendus convalescents que nous recueillons dans nos hôpitaux maritimes, il en est encore qui succombent, et d'autres qui résistent longtemps aux efforts combinés de la thérapeutique et de l'hygiène. » Combien le tableau doit être plus sombre pour ceux qui, ne pouvant changer de milieu, subissent, dans leur permanence et toute leur activité, les influences délétères des climats tropicaux!

[1] *Loc. cit.*, p. 164.

ARTICLE III. — Traitement de la dysenterie et de la diarrhée chronique.

Je comprends dans un même chapitre le traitement de ces deux maladies, à cause de leur succession et de leur confusion, qui nécessitent souvent l'emploi de moyens thérapeutiques identiques et réclament la même hygiène. Ce n'est pas une étude complète de thérapeutique. Je dirai seulement les principaux traitements que j'ai appliqués ou vu opposer à la dysenterie et à la diarrhée endémique des régions tropicales, avec leurs succès et leurs revers.

« Parmi les nombreux médicaments usités, dit très-justement M. Délioux [1] qui a étudié avec un grand soin le traitement, les uns ont une importance capitale, et la thérapeutique de la dysenterie ne saurait s'en passer ; les autres ont une valeur secondaire, mais tous ont leur utilité. Ce luxe de remèdes n'a rien de surabondant ; la dysenterie, pareille en cela aux espèces morbides de premier ordre, nécessite des traitements variés selon les circonstances dans lesquelles elle se développe, selon les formes qu'elle présente ; il n'est pas jusqu'aux accidents imprévus qui se manifestent durant son cours qui n'exigent des médications exceptionnelles. »

Il est, aux Antilles, un traitement général, banal par la fréquence de son application, populaire même, dont le succès se justifie par l'expérience du passé et par celle de tous les jours. Je n'ai fait que suivre ce traitement, qui convient à la dysenterie, qu'elle soit suraiguë, aiguë

[1] *Loc. cit.*, p. 451.

ou subaiguë. C'est par lui qu'il faut intervenir dès le commencement, sauf, si la maladie se prolonge, subit quelque aggravation ou présente quelques complications, à recourir à des moyens auxiliaires ou exceptionnels qui répondent aux indications qui se présentent. Cette médication générale appartient à la méthode évacuante, réclame l'emploi du purgatif et du vomitif, et ceux-ci, qui ne varient guère, sont l'ipéca, la manne et, accessoirement, le calomel.

Je ne hasarderai aucune théorie sur le mode d'action de l'ipéca dans la dysenterie. Il guérit, c'est tout ce que j'en sais. Le reste n'est que suppositions plus ou moins vraisemblables. Le contrôle sévère de l'expérimentation donnera plus tard peut-être la raison de sa réussite. L'expérience clinique enseigne qu'il n'a pas besoin, pour être efficace, de provoquer les vomissements, et que celui qui agit le mieux est celui qui est absorbé. Je ne fais qu'ajouter un témoignage de plus à tous ceux qui déposent en faveur de ses propriétés curatives. Ces propriétés sont si réelles, qu'on peut presque affirmer que l'ipéca est à la dysenterie endémique ce qu'est le quinquina à la fièvre palustre.

Quand les symptômes ne sont pas violents, dans les formes légères, à l'état subaigu, que la dysenterie soit apyrétique ou fébrile, on commence le traitement par l'administration de la manne pendant quelques jours. La dose est de 8, 16 ou 30 grammes dans 500 grammes de petit-lait ou d'eau de riz, à prendre par tasses dans la matinée. Les selles dysentériques, si elles ne se modifient pas, alternent du moins avec quelques selles bilieuses et diarrhéiques. La manne agit comme les sels neutres employés dans la dysenterie des pays tempérés.

Au bout de deux, trois ou même cinq jours, l'ipéca est prescrit suivant la méthode d'Helvétius. Sur 8 grammes d'ipéca concassé, on jette trois petits verres d'eau chaude, et on laisse digérer douze heures. Dans la matinée, on prend par petits verres tous les quarts d'heure. Le premier jour, on favorise les vomissements par de l'eau tiède; les jours suivants, on verse une nouvelle quantité d'eau bouillante sur le marc. On continue pendant cinq jours, souvent pendant une semaine entière. Ordinairement les vomissements n'ont plus lieu du troisième au quatrième jour. Vers le sixième jour, quelquefois auparavant, les selles, qui ont diminué de nombre et perdu de leurs caractères spécifiques, prennent une demi-consistance.

Lorsque la modification amenée par l'ipéca n'est pas complète et que la maladie tend à se prolonger en passant par des alternatives de diarrhée et de dysenterie, il est parfois avantageux de revenir au petit-lait manné. Dans les cas qui présentent plus d'intensité dans les phénomènes, il vaut mieux recourir au calomel à la dose d'un gramme uni à quelques centigrammes d'extrait thébaïque. « Il est rare, dit M. Dutroulau, qu'après trois jours de ce traitement, qu'il ne faudrait pas prolonger davantage, les selles ne soient pas notablement modifiées et ne permettent de recourir alors au petit-lait manné. Il est bon de savoir que les évacuations provoquées par le calomel sont presque toujours de couleur verte, tandis que celles du petit-lait manné sont jaunes, afin qu'on ne se trompe pas sur la valeur de ces changements de couleur des matières, qu'on peut faire naître à volonté. »

Quand la dysenterie est suraiguë ou que la gravité et l'intensité des symptômes font craindre quelque redou-

table terminaison, comme la gangrène, l'ipéca à la brésilienne doit être prescrit tout d'abord et continué six ou sept jours. Lorsque les symptômes perdent de leur acuïté, on remplace alors l'ipéca par la manne. Le calomel associé à l'opium et administré avec prudence, concurremment avec l'ipéca, contribue à modifier les accidents.

Les rechutes, les récidives si fréquentes, réclament la même médication ; elle doit être proportionnée à l'intensité des symptômes, tantôt aussi longue et aussi active qu'au début de la dysenterie aiguë, le plus souvent d'une durée moindre. Dans certains cas, on insistera davantage sur l'administration de la manne, dans d'autres sur celle de l'ipéca. Suivant une pratique très-usitée aux Antilles, j'ai souvent modifié le mode d'administration de l'ipéca, non sans avantages dans des cas où dominait l'adynamie, chez le nègre surtout. Vers le cinquième ou le sixième jour, au lieu d'eau, on emploie pour faire infuser égale quantité de vin de Bordeaux, et on continue aux mêmes doses ou en les diminuant pendant quelques jours. Les effets de l'ipéca sont les mêmes ; il s'y joint une action tonique qui active la guérison. Le moment où se fait cette substitution indique que les phénomènes aigus se sont déjà modifiés.

Dans des dysenteries qui résistaient à l'infusion d'ipéca et restaient à l'état subaigu, dans d'autres qui récidivaient, j'ai employé le médicament en décoction avec un succès marqué. J'administrais en trois fois, à trois heures d'intervalle, la potion de Spielmann, composée ainsi :

Ipécacuanha........... 8 grammes.
Eau................. 400 —

On partage l'eau en trois parties, et chacune d'elles

sert à faire une décoction. La quantité totale du produit doit être de 200 grammes, qu'on édulcore avec sirop de gomme, 60 grammes.

Le lendemain, le même marc servait à la même décoction. Le troisième ou le quatrième jour, on la préparait, s'il était nécessaire, avec de la racine concassée qui n'avait pas servi, et la dose à prendre était diminuée ou restait la même.

M. Délioux[1] a cru devoir modifier la méthode brésilienne, et, dans la majorité des cas de dysenterie, il emploie une formule qui se rapproche de celle de Spielmann et en diffère aussi. J'ai remarqué, dit-il, qu'à doses égales d'ipéca, les décoctions ont une action plus énergique que les infusions, et qu'elles méritent la préférence dans les cas où il importe d'agir avec force et promptitude. Cette formule est la suivante :

Poudre d'ipéca................	4 grammes.
Eau........................	300 —

Faites bouillir cinq minutes.
Filtrez et ajoutez :

Sirop d'opium................	30 grammes,
Hydrolat de cannelle..........	30 —

A prendre par cuillerées, d'heure en heure ; ralentir en cas de nausées et de vomissements.

C'est avec intention qu'un véhicule aqueux abondant est employé ; plus l'ipéca est étendu, moins il irrite l'estomac, moins il fait vomir, mieux enfin il est toléré de toute manière. Les deux médicaments associés à l'ipéca en favorisent la tolérance ; l'opium combat particulièrement l'élément douloureux. Cette potion doit être con-

[1] *Loc. cit.*, p. 344, 345, 346.

sommée en un jour dans les cas graves, et en durer deux si le cas est léger. On insiste sur la potion pendant trois, quatre et six jours.

En résumé, le traitement de la dysenterie se compose de quelques médicaments auxiliaires qu'il nous reste à examiner, et d'un médicament principal, l'ipéca, dont l'action spécifique est préparée, aidée et continuée par les purgatifs, la manne et le calomel. Les effets de l'ipéca sont souvent remarquables par leur promptitude et leur efficacité. Les selles dysentériques perdent leurs caractères spécifiques ; la bile et les matières fécales ne tardent pas à s'y montrer, et les évacuations, en diminuant de nombre, deviennent normales.

Lorsque les selles, au contraire, persistent avec leur cachet spécifique, sont composées de mucus et de sang avec épreintes et ténesme, lorsque la dysenterie affecte la forme inflammatoire, le calomel rencontre sa véritable indication. C'est un médicament qui exige une main prudente et dont l'usage ne doit pas être prolongé au delà du terme nécessaire. Une ou deux doses d'un gramme suffisent ordinairement pour modifier les évacuations ; il est rare qu'il soit nécessaire de les répéter trois ou quatre jours. On ne saurait trop craindre la stomatite spécifique, qui n'est qu'une complication fâcheuse. Le calomel n'agit qu'à titre de purgatif ayant une action spéciale sur la glande hépatique. Son action altérante ne peut qu'être nuisible dans une affection où l'adynamie consécutive est si marquée et si difficile à combattre, à cause des influences déprimantes du climat. La médecine anglaise a donné au calomel dans le traitement de la dysenterie coloniale une importance sur l'exagération de laquelle il faut revenir. Morehead, qui a

observé dans l'Inde, a signalé l'abus qui se fait de ce médicament depuis Annesley [1]. Je ne l'ai jamais prescrit ni vu prescrire dans la dysenterie à doses fractionnées, d'après la méthode de Law. Loin de comprendre les avantages de cette méthode, j'en redouterais les graves inconvénients.

L'opium ne doit figurer dans le traitement de la dysenterie des pays chauds qu'à titre d'adjuvant. Il possède alors une incontestable utilité, et ses préparations interviennent avantageusement, lorsque l'état fébrile a cessé et que les accidents aigus se sont amendés. Suivant le précepte de Stoll et de Zimmermann, on ne doit pas chercher, au moyen de l'opium, à couper court au flux dysentérique avant de l'avoir modifié. Donné à haute dose, au début des dysenteries aiguës, il n'a causé que des mécomptes. Les accidents momentanément suspendus reparaissent avec une intensité plus grande. Quant aux douleurs si vives qui caractérisent la période aiguë, elles sont calmées plus sûrement par l'ipéca et les purgatifs que par les préparations opiacées. L'efficacité de celles-ci contre l'élément douleur est plus évidente à une période plus avancée de la maladie. Administrées à petites doses, elles modifient en même temps les évacuations alvines et en diminuent le nombre. C'est ainsi que, lorsque l'ipéca commence à agir, on a recours avec quelque utilité à des moyens auxiliaires, comme les demi-bains, les lavements amylacés et laudanisés, l'opium fractionné.

L'opium est ajouté à petite dose à l'ipéca, au calomel, à la rhubarbe, et cette association, qui rend moins dou-

[1] Fonssagrives, *Bulletin de Thérapeutique*, 15 décembre 1861.

loureuse l'action de certains purgatifs, aurait, selon M. Délioux, un avantage sur lequel on n'a pas assez insisté : c'est de faciliter d'une manière remarquable, et la tolérance, et l'action thérapeutique des médicaments employés, soit pour produire l'astringence, soit pour déterminer des évacuations.

Dans une maladie où l'adynamie et l'anémie consécutives sont si prononcées, la médication antiphlogistique ne peut être qu'adjuvante et exceptionnellement employée. Les émollients topiques, intérieurs et extérieurs, sans aucun inconvénient, ont sur l'état local de l'intestin une influence favorable, mais légère. Quand il y a de la rougeur de la langue et de la muqueuse buccale, un état fébrile intense, de vives douleurs suivant le trajet du côlon et du rectum, et que les selles sont sanglantes, il n'est pas nécessaire de recourir à la saignée générale : des applications de sangsues sur l'abdomen peuvent avoir quelque utilité contre ces symptômes, qui, sans émissions sanguines locales, n'en céderaient pas moins, avec un peu plus de lenteur seulement, à l'administration de l'ipéca.

Les complications de la dysenterie réclament un traitement particulier, souvent fort actif. Nous avons vu la complication hépatique l'emporter quelquefois de gravité sur les accidents dysentériques. Tant qu'il n'y a qu'hyperémie, les évacuants continuent à être associés aux saignées locales, qu'on rend plus copieuses et qu'on dirige plus particulièrement vers l'hypocondre droit. « Dès qu'il y a inflammation et menace de suppuration, dit M. Dutroulau[1], qui a souvent observé cette com-

[1] *Loc. cit.*, p. 460.

plication, le traitement actif de la dysenterie doit faire place à celui de la phlegmasie du foie. La suppression brusque des selles est même un signe grave de cette complication, qu'il faut tâcher de prévenir ou de faire cesser par des purgatifs légers, comme l'huile de ricin ou la manne ; il faut modérer la dysenterie, mais ne pas la supprimer, et diriger son attention vers l'hépatite dès qu'elle vient à prédominer. »

La complication paludéenne réclame une médication attentive et quelquefois très-active. Il ne faut pas se hâter à un premier accès de donner du sulfate de quinine, qui, dans une certaine mesure, aggraverait les accidents dysentériques, s'il ne s'agissait que d'une fièvre symptomatique. Mais si l'accès se répète, si la fièvre présente quelque caractère insidieux, quelque symptôme qui révèle la perniciosité, il faut dégager l'élément étranger qui domine et aggrave la maladie principale. Toute médication, si active qu'elle soit, dirigée contre la dysenterie, ne donnera aucun résultat tant qu'on n'aura pas écarté cette complication, qui peut d'ailleurs, dans un temps très-court, mettre l'existence en péril. Le sulfate de quinine, administré dans ces conditions, guérit quelquefois en même temps la fièvre et la dysenterie.

Le traitement de la dysenterie ne comprend pas seulement des moyens pharmacologiques : les moyens hygiéniques y ont une large part, la diététique surtout. L'alimentation est aussi nécessaire et aussi délicate dans la dysenterie que dans la fièvre typhoïde. L'abstinence d'aliments solides, de rigueur dans les premiers jours, sera prolongée en raison de la fièvre et de l'intensité des symptômes. C'est alors que sont prescrites, non sans utilité, certaines boissons alimentaires, comme les dé-

coctions d'orge et de riz, l'eau albumineuse, la décoction blanche de Sydenham. Ces boissons, dont l'action topique est nulle, rompent à peine la diète et doivent être alternées. On pourra leur associer le thé, dont M. Délioux recommande l'usage à cause de ses propriétés légèrement astringentes et stimulantes.

Lorsque les symptômes ont perdu de leur acuïté, et même au début, si c'est l'adynamie qui domine, le malade devra être mis aux bouillons dégraissés, aux crèmes de riz, de sagou, et même aux potages. L'appétit qui est souvent très-vif et l'intégrité de l'estomac réclament, dans une maladie qui déprime autant les forces, une alimentation restreinte, mais réparatrice et qui puisse être digérée dans l'estomac et le duodénum. Après les potages, on permet les œufs à la coque, les poissons de facile digestion dont on rencontre d'assez nombreuses variétés sur les marchés aux Antilles, les gelées de goyave ou de coings, et l'on arrive progressivement aux viandes grillées ou rôties. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'on revient aux laitages et aux légumes. Les boissons permises aux repas sont de l'eau rougie avec du vieux vin de Bordeaux, de l'eau et du madère ou du thé léger.

On ne saurait apporter trop de mesure dans l'alimentation, trop de soins à prémunir les malades contre les infractions à un régime qui exige une grande sévérité, maintenue longtemps après la cessation des accidents. Tout excès, tout écart est une cause de rechute et de récidive, et celles-ci arrivent même sans causes occasionnelles appréciables. Comme dans les régions tempérées, l'impression du froid et de l'humidité entrave la guérison. C'est également une cause de récidive. Aussi le dysen-

térique devra-t-il porter de la flanelle et la garder après son rétablissement.

Quand la convalescence est franchement décidée, il reste à combattre l'anémie consécutive. C'est alors seulement qu'interviennent quelques médicaments qui doivent être mesurés d'une main avare, les préparations ferrugineuses et celles de quinquina et autres bois amers. Les moyens hygiéniques, encore plus utiles que les médicaments, sont le changement d'air dans une localité salubre, fraîche et ombreuse sans humidité, les bains aromatiques ou sulfureux, les bains de mer et les bains frais pris dans les rivières torrentueuses des Antilles, où se trouvent réalisés naturellement les procédés divers de l'hydrothérapie.

Comme la dysenterie est sujette à récidiver, qu'elle prédispose à la diarrhée chronique, qu'elle est liée dans beaucoup de cas à l'hyperémie du foie et à l'hépatite, qu'elle laisse souvent un état d'anémie très-difficile à modifier et qui expose à subir les graves influences endémiques qui menacent les constitutions détériorées, le convalescent qui a la possibilité de se soustraire au milieu dont il a subi les atteintes devra partir et demander aux conditions toutes différentes des régions tempérées un prompt et complet rétablissement. Le voyage sur mer est généralement favorable ; l'époque d'arrivée importe assez peu. Les impressions vivifiantes de l'hiver conviennent mieux que les chaleurs de l'été, souvent plus pénibles que celles de la zone tropicale. Il faut que le malade sache se décider à temps, car, s'il diffère trop longtemps, la récidive arrive ou devient imminente, l'état s'aggrave, les conditions changent, l'opportunité se perd, et alors, même dans la belle saison, le passage

des latitudes sud aux latitudes nord devient une épreuve pénible et périlleuse.

Nous avons vu la diarrhée chronique succéder à la dysenterie, s'établir consécutivement à ses rechutes et à ses récidives ; nous l'avons vue également, dans un plus grand nombre de cas, s'établir d'emblée et arriver à la même gravité sans présenter aucune complication dysentérique dans toute sa durée. Dans les deux cas, le traitement est le même, rencontre les mêmes difficultés, les mêmes causes d'insuccès, et réclame l'emploi des mêmes moyens thérapeutiques et hygiéniques. Les médicaments à opposer à la diarrhée chronique sont extrêmement nombreux, et ce grand luxe de moyens cache au fond une réelle indigence, car il n'en est pas un seul sur l'efficacité duquel on puisse sérieusement compter dans le plus grand nombre des cas. Autant la médication est positive dans la dysenterie, autant ici elle est aléatoire. Elle doit nécessairement varier beaucoup, car, la plupart du temps, elle ne donne que des améliorations plus ou moins durables. Il faut changer souvent de remèdes : tel qui réussit sur un malade échoue sur l'autre, et ce n'est que par voie de tâtonnement qu'on trouve le moyen qui convient.

Je ne m'étendrai pas sur les effets de chacun des médicaments que j'ai employés. J'ai essayé contre les accidents diarrhéiques les préparations d'opium, le laudanum de Sydenham, l'extrait thébaïque, le diascordium, l'alun, le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, le nitrate d'argent en potion et en lavement, les potions et les lavements au perchlorure de fer, les acides végétaux et minéraux, l'ipéca, le simarouba, le cachou, la ratania, le tannin, le colombo, les pilules de Second, le seigle er-

goté, le sous-nitrate de bismuth à haute dose, les remèdes les plus simples et les associations les plus compliquées. Quelques-uns de ces médicaments, les opiacés, le bismuth, l'ipéca, la ratania, le simarouba, les pilules de Second jouissent de propriétés incontestables. Les autres ont une action difficile à constater. Certains d'entre eux, comme l'alun et l'ergot de seigle, ne m'ont rien donné.

Je tenais à essayer contre la diarrhée de tous les moyens que la matière médicale pouvait m'offrir, me résignant difficilement à m'en tenir aux remèdes les plus simples et aux seules ressources de l'hygiène. C'est ainsi que j'ai prescrit, avec un insuccès complet, les lavements iodés, suivant la formule du docteur Eimer :

Iode pur............	25 à 50 centigrammes.
Iodure de potassium	Q. S. pour dissoudre.
Eau distillée........	30 à 90 grammes.

Pour un lavement qu'on renouvelle de deux à quatre fois par jour.

M. le docteur Chapuis [1], médecin de la marine à la Martinique, a publié les résultats heureux qu'il a retirés de l'administration, dans les dysenteries coloniales, des lavements iodés suivant la formule de M. Délioux. On comprend que l'iode puisse modifier les produits septiques et provoquer la cicatrisation des ulcérations du rectum. Ainsi doit-il agir dans les diarrhées qui, succédant à la dysenterie, sont produites en partie et entretenues par les lésions plus ou moins profondes, plus ou moins étendues, dont le gros intestin est le siége.

[1] *Gazette médicale*, 1853, p. 734.

La formule de M. Délioux est la suivante :

Teinture alcoolique d'iode...	10 à 20	grammes.
Iodure de potassium........	0gr,50 à 1	—
Eau distillée................	200 à 250	—

On vide l'intestin par un lavement émollient ou composé d'une infusion de camomille. On fait suivre le lavement iodé d'un lavement laudanisé, si l'iode détermine des coliques. Ces lavements iodés ne doivent être administrés que tous les deux ou trois jours.

Je les ai employés à différentes reprises chez des nègres et des mulâtres atteints de diarrhée chronique, non consécutive à la dysenterie, et je n'ai constaté dans les symptômes ni aggravation ni amélioration appréciables.

Mes nombreux essais thérapeutiques m'ont appris que certains médicaments donnent, suivant les circonstances et les malades, des résultats variables, des modifications plus ou moins marquées et des améliorations passagères. Il ne faut compter d'une manière absolue sur aucun remède. La médication n'a de chances de succès que si l'hygiène lui vient en aide. Réduite à ses seules ressources, elle ne peut amener la guérison. Plus puissante dans ce cas, l'hygiène peut suffire seule à guérir. C'est en elle, en ses sévères prescriptions, que malades et médecins doivent avoir surtout confiance. Des faits nombreux autorisent cette confiance et apprennent à ne pas désespérer, même dans des cas très-graves.

Il m'a semblé que chez les malades dénués de ressources, chez les individus appartenant aux races tropicales et dont les instincts ne sont pas combattus faute de lumières, la médication avait souvent plus d'inconvénients que d'avantages. Là où l'hygiène fait défaut, les

moyens les plus simples, comme le petit-lait manné, réussissent mieux que les traitements compliqués. C'est là d'ailleurs une vérité d'observation dans d'autres cas où toutes les conditions hygiéniques se trouvent réunies. Dans la médecine des indigents, dans les hôpitaux civils, j'ai vu guérir les formes légères de la diarrhée, quelquefois définitivement, plus souvent temporairement. Les formes graves m'ont paru presque constamment mortelles; ce n'est qu'une question de temps. Les médicaments sont alors non-seulement inutiles, mais souvent nuisibles. Les malades qui avaient subi des traitements divers mouraient plus vite que ceux pour lesquels on n'avait mis en usage que les ressources de l'hygiène. J'en étais arrivé, dans les derniers temps, à la pratique que l'expérience avait enseignée à beaucoup de mes devanciers et que m'indiquaient mes mécomptes, à l'abstention presque complète de tout traitement actif dans la diarrhée chronique.

L'alimentation est une nécessité pour les individus atteints de cette diarrhée. Ils ont presque tous un appétit exagéré, et quelques-uns ont des perversions du goût qui les portent, dans la convalescence surtout, à de regrettables écarts. L'alimentation doit varier très-peu pendant un temps souvent fort long et se composer surtout de substances nutritives sous un petit volume et de facile digestion. Les potages gras et maigres, le thé de bœuf, les œufs, le poisson, les gelées de viande, les viandes saignantes grillées et rôties, la composent presque tout entière. Les boissons sont du vin vieux, du madère, du thé et du café noir. Ce régime, sévèrement maintenu, doit être aidé par d'autres conditions hygiéniques importantes : l'éloignement du malade des préoccupations

et des fatigues des affaires et le changement d'air dans une localité élevée, fraîche et aérée.

La réunion de ces conditions amène quelquefois des guérisons complètes et inespérées, le plus souvent des améliorations marquées, qui seraient suivies d'un entier rétablissement, si le convalescent savait ou pouvait profiter de ces répits pour émigrer vers les pays froids ou tempérés, l'Europe ou les Etats-Unis d'Amérique. Lorsque tout a échoué, la médication d'abord, le régime ensuite, certains malades trouvent dans la diète lactée une ressource ultime. Le séjour prolongé à la campagne et le régime lacté sont en effet suivis d'améliorations plus ou moins durables, qui pourraient se terminer par la guérison si les influences qui ont déterminé la maladie ne tendaient pas sans cesse à la ramener en l'aggravant.

Les influences climatériques sont si délétères, que le meilleur moyen de hâter et d'assurer la convalescence qui traîne sans aboutir à la guérison et d'empêcher les récidives, c'est l'émigration dans un pays tempéré. Pour être efficace, elle ne doit pas être tardive. La navigation amène presque toujours une heureuse modification dans l'état des convalescents lorsqu'ils ne sont pas encore arrivés à la cachexie. « La chance la plus certaine de rétablissement, dit M. Dutroulau[1], est le retour en Europe dans des conditions favorables, c'est-à-dire telles, que le malade ne soit pas actuellement sous le coup d'une recrudescence, et ne soit pas épuisé au point de ne pouvoir réagir contre la dépression que lui fait éprouver le passage des latitudes sud aux latitudes nord. C'est pour la dysenterie surtout que les médecins du bâtiment-hôpital ont

[1] *Loc. cit.*, p. 462.

remarqué qu'il se fait en ce moment une sorte de triage parmi les malades : ceux qui sont trop faibles succombent. L'œdème des membres inférieurs et un commencement d'ascite sont presque toujours une contre-indication devant laquelle il est prudent de s'arrêter. »

Le changement de climat est une très-grande ressource, mais dont l'efficacité n'est pas constante. L'hygiène doit lui venir en aide dans une très-large mesure. Beaucoup de malades, arrivés en France, continuent à souffrir et à languir; d'autres finissent par succomber. Les cachectiques ne peuvent plus bénéficier de l'influence du climat. J'ai pu constater sur eux, à Paris, comme je l'avais fait aux Antilles, l'inutilité de tout traitement actif. Les inhalations d'oxygène et le régime de la viande crue ne peuvent même pas remonter un peu ces constitutions. Ceux qui sont partis en temps opportun pour pouvoir guérir doivent demander leur rétablissement aux lentes influences du nouveau climat et à une hygiène sévère, observée longtemps. Les viandes saignantes, grillées et rôties resteront la base de l'alimentation; les légumes frais leur seront associés plus tard avec une prudente réserve. Après la guérison, pendant des années et même le reste de la vie pour certains, il faudra se résigner à une vie sobre et surtout éviter les aliments et les boissons dont l'expérience personnelle a appris la nocuité.

La médication est accessoire et, à moins d'indications formelles, doit être peu active. Quelques grammes de sous-nitrate de bismuth, quelques préparations opiacées, seront donnés pour modifier et arrêter les accidents diarrhéiques, qui se répètent pendant un temps souvent assez long avant de disparaître entièrement. Pour relever les forces et combattre l'anémie, on emploiera avec

beaucoup de mesure les préparations de quinquina et de fer, la teinture amère de Baumé, les inhalations d'oxygène, les bains salés, sulfureux, les bains stimulants de Pennès, le massage et l'hydrothérapie.

Les eaux minérales, qui sont des moyens de thérapeutique et d'hygiène à la fois, sont-elles réellement efficaces dans le traitement des diarrhées chroniques contractées aux colonies, et succédant ou non à la dysenterie? On est porté à l'admettre. L'expérience ne saurait encore prononcer ; c'est un sujet qui réclame de sérieuses et nombreuses observations et qui mérite qu'on s'en occupe. Les eaux sulfureuses ne me semblent pas devoir convenir en boissons. Prises en bains, elles sont encore d'un emploi difficile à régler lorsqu'elles sont aussi stimulantes que celles de Barréges. Les eaux plus douces d'Amélie-les-Bains n'ont que des résultats aléatoires. « J'ai, dans ces dernières années, dit M. Délioux, envoyé ou vu aller plusieurs dysentériques à Amélie; j'en ai vu revenir sans bénéfice aucun, et l'état de quelques-uns a été sensiblement aggravé. » De mon côté, j'ai vu s'éteindre à Paris, après des années passées à languir, un malade qui avait contracté la diarrhée chronique aux Antilles et qui avait demandé en vain une amélioration aux eaux de Saint-Sauveur.

Je ne comprends l'utilité des eaux alcalines, comme Vichy et Pougues, que dans les cas où la diarrhée chronique est liée à quelque engorgement viscéral, splénique ou hépatique, dépendant ou non de la complication paludéenne. En modifiant l'état de ces organes, les eaux alcalines peuvent agir indirectement sur les accidents diarrhéiques. Mais ceux-ci, la plupart du temps, existent sans aucune hypertrophie des glandes splé-

nique et hépatique. J'inclinerais volontiers vers l'emploi des bains de Plombières, qui paraissent avoir une efficacité spéciale dans les maladies chroniques du tube digestif où domine l'élément névralgique. Je ne possède aucun fait qui légitime cette préférence.

Je ne conseillerais les eaux minérales qu'à l'époque de la convalescence et non pendant le cours de la maladie. Les eaux ferrugineuses, celles qui contiennent surtout des bicarbonates alcalins, seront utilement prescrites dans la convalescence. « Elles sont, écrit M. Délioux [1], toniques, digestives, reconstituantes à tous les titres ; et comme moyens adjuvants, comme boissons de table, par exemple, elles peuvent se placer avec avantage dans presque toutes les phases de la dysenterie chronique, dans sa convalescence, dans l'anémie et les dyspepsies consécutives. Rappelons ici les eaux justement renommées de Bussang, de Forges, de Provins, de Spa, de Pyrmont, de Soultzbach, d'Orezza, de Schwalbach. Parmi ces eaux, on devra spécialement faire choix de celles dans lesquelles prédomine le bicarbonate de chaux, Provins, Pyrmont, Orezza, lorsqu'il y aura lieu de combattre le phénomène diarrhée demeuré persistant. »

A tort ou à raison, certains malades reprochent à ces eaux de troubler la digestion et de causer des borborygmes et de la flatulence. Dernièrement, j'ai essayé chez l'un d'eux, à quelques mois d'intervalle, de l'eau de Bussang et de l'eau de Schwalheim, et j'ai dû ne pas en continuer l'usage.

Si les malades ne doivent pas s'attarder dans les pays

[1] *Loc. cit.*, p. 511.

chauds où règnent endémiquement la dysentérie et la diarrhée, lorsque la lutte devient inutile, ils ne doivent pas se hâter de quitter les pays tempérés dont les influences, pour agir sur eux, réclament un temps plus ou moins long dont la durée ne saurait être précisée d'avance, et varie selon les degrés de la maladie et les constitutions différentes des individus. Ceux qui avaient un tempérament sanguin se remettent plus vite et reprennent les attributs de ce tempérament. Pour eux et pour quelques malades qui n'ont eu que des formes légères ou qui sont partis à temps, six ou huit mois de séjour en Europe peuvent suffire à un complet rétablissement. Pour le plus grand nombre, l'épreuve de deux hivers est nécessaire pour effacer l'empreinte si profonde des pays intertropicaux et modifier puissamment la constitution. Ce lent travail peut même exiger deux années. Quelques malades, les sujets âgés ou cachectiques, ont peu à espérer des influences climatériques nouvelles. Comme sous le ciel des Antilles, ils traînent des mois et des années, rechutent, déclinent et succombent à la plus affreuse cachexie.

La condition capitale, à mon sens, que doit réaliser celui qui retourne, après guérison, dans les pays où la diarrhée et la dysenterie sont endémiques, c'est de n'être plus anémique. Il se trouve, sous ce rapport, dans des conditions meilleures pour réagir et moins exposé que ceux qui n'ont cessé de subir les influences délétères de leur climat. Aussi doit-il s'appliquer à perdre le plus tard possible ce bénéfice que le temps détruit à la longue presque toujours. Il retardera le moment où l'anémie doit le reprendre par des bains sulfureux, des bains de mer et de rivière et par l'hydrothérapie. Comme il a

subi une grave atteinte, il devra surtout, dans le milieu qu'il revient habiter, s'astreindre à une vie sobre et à une hygiène sévère. Il serait utile aussi de mettre un répit entre l'arrivée et la reprise sérieuse des occupations. Un séjour à la campagne établirait une sorte de transition dans le passage d'un climat à un autre.

CHAPITRE V.

DES MALADIES DU FOIE.

Ce chapitre n'est que l'ébauche d'une étude intéressante qui, pour être complète, demanderait un grand nombre de faits, d'autopsies et de recherches micrographiques et chimiques. Les moyens d'investigation dont la science dispose ont permis à l'observation patiente, dans ces dix dernières années surtout, de pénétrer plus avant dans l'étude difficile des affections hépatiques, mais il reste encore à éclairer bien des points, à dissiper bien des doutes et des incertitudes. Déjà si difficiles dans les grands centres d'études, ces recherches sont presque impossibles dans les colonies, où manquent à la fois les moyens pratiques et l'émulation. Elles sont dignes d'occuper l'activité d'un esprit que dirigerait la passion désintéressée de la science. Il y aurait sans doute quelques résultats importants à recueillir, si l'investigation portait, par exemple, sur la dégénérescence amyloïde, sur la dégénérescence graisseuse, sur les altérations que l'alcoolisme, si commun chez les races tropicales, détermine dans la glande hépatique, et sur le développement pigmentaire que présentent le foie et la rate à la suite des fièvres paludéennes.

Il ne faudrait pas par avance s'exagérer l'importance de ces résultats, car l'observation clinique démontre que les maladies du foie participent à ce grand caractère de simplicité qui domine la pathologie tout entière dans les

régions tropicales. Le nombre des espèces morbides diminue ; celles qu'on rencontre se distinguent surtout par leur fréquence et leur gravité. Les affections du foie sont aussi fréquentes que graves aux Antilles, mais elles sont peu variées. Ce sont presque constamment les mêmes que le médecin retrouve dans la pratique : l'hyperémie, l'hépatite, l'hépatite suppurante, l'hypertrophie consécutive aux fièvres palustres, l'induration consécutive à la diarrhée chronique.

Je n'ai pas l'intention de décrire ces maladies. Dans un exposé rapide, je tâcherai seulement de mettre en lumière quelques points intéressants. Les éléments me manquent pour déterminer la nature des altérations hépatiques qui suivent la diarrhée. Appartiennent-elles à l'atrophie chronique simple ou doivent-être elles rapportées à la cirrhose ? Question dont la solution définitive appelle des recherches nécroscopiques bien faites que rendent pénibles et difficiles les conditions du climat et les devoirs de la pratique. L'hépatite observée dans les pays chauds a été décrite complétement par Cambay [1], par Haspel [2] par Rouis [3], pour l'Algérie ; par Annesley [4], Morehead [5], pour les Indes orientales ; par Dutroulau, pour les Antilles.

Si l'ictère symptomatique est une complication fréquente, quoique non nécessaire, des lésions diverses du parenchyme hépatique ; s'il caractérise certaines fièvres palustres spéciales en quelque sorte à certaines localités,

[1] *Traité des maladies des pays chauds.* Paris, 1847.

[2] *Maladies de l'Algérie.* Paris, 1850, t. I.

[3] *Recherches sur les suppurations endémiques du foie.* Paris, 1860.

[4] *Diseases of India.* London, 1828.

[5] *Clinical Researches on diseases in India.* London, 1856.

au point de leur imposer une désignation qui indique sa prédominance : fièvres bilieuses, ictériques, ictéro-hémorrhagiques, ictéro-néphrorrhagiques, l'ictère essentiel au contraire ne semble pas être plus fréquent que dans les régions tempérées et l'ictère grave ne s'observe qu'exceptionnellement. Je n'en ai rencontré qu'un seul cas, et l'observation que je rapporte ne manque pas d'intérêt au point de vue des différences qui séparent l'hépatite diffuse de la fièvre bilieuse et surtout de la fièvre jaune. Je décrirai, en le rapprochant des différentes épidémies d'ictère observées jusqu'à ce jour, l'ictère épidémique qui parut en 1858 à la Martinique, et sévit uniquement sur les femmes enceintes.

Aux Antilles, les maladies du foie se rencontrent chez tous les âges ; les enfants, les femmes et les vieillards y sont moins exposés que les jeunes gens et les hommes d'un âge mûr. Toutefois les plus communes, comme l'hyperémie et l'hépatite, sont loin d'égaler la fréquence des fièvres intermittentes, de la dysenterie et de la diarrhée. Celles-ci s'observent journellement dans la pratique. Les affections hépatiques sont plutôt accidentellement rencontrées. Bien qu'elles atteignent les hommes de toutes les races, elles sont proportionnellement plus nombreuses sur l'élément européen.

Les hyperémies du foie paraissent liées à l'exagération fonctionnelle de l'organe sous l'influence d'une température constamment élevée. Elles se présentent très-souvent seules, sans aucune complication ; souvent aussi elles sont liées à la dysenterie et à la fièvre palustre. L'élévation de la température est une cause active, mais qui n'est pas indispensable. Dans les climats tempérés, les hyperhémies du foie sont plus fréquentes

dans la saison chaude, quand surtout la température s'élève et se rapproche de celle des pays équatoriaux. Elles s'observent aussi pendant les mois les plus froids de l'année L'influence exercée par la chaleur a sans doute été exagérée ; mais elle est réelle et constante, si difficile qu'il soit d'en délimiter exactement la part.

La marche de l'hyperémie sans complication est aiguë ou chronique. Elle peut acquérir en peu de temps une très-grande intensité et causer de profondes altérations de texture. Le foie est gorgé d'un sang noir et les conduits excréteurs sont remplis par la bile, des extravasations sanguines et des exsudations sous-péritonéales produisent le ramollissement du parenchyme. Ces lésions rappellent celles que les accès palustres déterminent dans le parenchyme splénique. D'autres fois, l'hyperémie est chronique, insidieuse, passe inaperçue, et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que la formation de collections purulentes circonscrites révèle son existence passée. Le foie est, en effet, nous le verrons dans le cours de cette étude, un organe patient dont les lésions inflammatoires, même les plus graves, ont souvent peu de retentissement sur le reste de l'économie.

Dans les Indes, d'après l'observation des médecins anglais, la fréquence des affections hépatiques dépendrait moins de l'élévation de la température que de l'influence miasmatique des localités palustres. Cette influence a également aux Antilles une importance étiologique très-grande. Il ne faudrait pas cependant l'exagérer, car les lésions hépatiques et spléniques n'ont rien de constant dans les fièvres intermittentes. Il semblerait que les altérations de la rate devraient être très-caractérisées dans les localités où la fièvre palustre endémique revêt les

formes les plus redoutables et aboutit souvent à la cachexie. Dans un cinquième des cas, l'autopsie ne révèle pas de lésions de la rate, et les énormes hypertrophies spléniques sont bien plus rares que dans les régions tempérées.

La congestion peut avoir existé à une certaine phase de la fièvre. La palpation et la percussion ont pu constater le développement de l'organe et l'autopsie peut cependant ne plus offrir d'altérations. Les variations de volume de la rate, l'augmentation et la diminution sont liées aux divers phénomènes qui se succèdent. L'engorgement peut se dissiper après des accidents diarrhéiques ou après une diurèse abondante. L'hyperémie amène le plus souvent le gonflement mou de la rate. Dans les fièvres récidivées et dans la cachexie confirmée, la glande hypertrophiée acquiert, dans certains cas, des dimensions considérables; elle est compacte et dure comme un corps ligneux. Dans d'autres cas, c'est l'atrophie qu'on observe; la rate est ratatinée, contractée, indurée, réduite même parfois aux dimensions d'une languette mince.

Suivant M. le docteur Laure [1], qui a fréquemment observé les lésions que l'impaludation détermine, les altérations de la rate paraissent moins profondes que celles du foie. Les altérations hépatiques et spléniques ont entre elles de grandes analogies. Dans les fièvres graves, c'est la congestion sanguine du foie qu'on observe et qui donne à l'organe un développement que la mensuration apprécie. A l'hyperémie succède un certain degré d'hypertrophie et d'induration; le ramollissement se ren-

[1] *Maladies de la Guyane*. Paris, 1859.

contre plus rarement et coïncide plutôt avec une diminution dans le volume de la glande. Dans les fièvres qui n'ont pas une longue durée, la coloration du tissu hépatique ne change pas. Mais lorsque ce tissu se ramollit ou s'hypertrophie, il se décolore et paraît comme anémique. Dans la cachexie dégagée de toute complication dysentérique, le foie présente quelquefois la dispo-sition connue sous le nom de *foie gras ;* son volume est ordinairement réduit ; son tissu est plus dense, l'élément fibreux prédomine ; les coupes sont sèches, peu marbrées, plutôt grises et pâles que jaunâtres. Dans d'autres circonstances, c'est l'hypertrophie qu'on observe et le foie déborde les fausses côtes de plusieurs travers de doigt. Outre la teinte cachectique spéciale imprimée par l'impaludation, on remarque chez un petit nombre de malades la coloration ictérique due à une suffusion de bile.

La plupart de ces lésions ont pour point de départ les hyperémies de la glande hépatique. Ces hyperémies de cause palustre ont quelque chose de spécial. La chronicité caractérise leur marche et leurs effets. En se répétant, elles amènent l'hypertrophie hépatique, mais elles ne donnent pas lieu, dans un temps plus ou moins long, à la formation de pus dans le parenchyme de la glande. C'est par ce caractère surtout qu'elles se distinguent des hyperémies simples et de celles qui sont liées à la dysenterie.

Dans la fièvre jaune, l'infection du sang occasionne des lésions anatomiques différentes de celles que produisent les fièvres palustres. La rate n'est ordinairement le siége d'aucun gonflement. Dans les premiers temps, le foie est hyperémié ; plus tard, il ne change pas de vo-

lume ou diminue d'étendue et devient exsangue, jaune pâle. Ses cellules, privées de noyaux, sont pâles et souvent remplies de gouttelettes de graisse.

Les altérations du foie diffèrent beaucoup selon qu'elles sont liées à la dysenterie ou à la diarrhée chronique. Leur marche est aiguë dans le premier cas et chronique dans le second. La complication hépatique de la dysenterie est plus fréquente chez les Européens que chez les hommes de race tropicale aux Antilles. Elle consiste ordinairement en une simple hyperémie, qui souvent est remplacée par une vive inflammation suivie ou non de suppuration. L'hyperémie passe souvent inaperçue, soit qu'elle se trouve masquée par les graves accidents de la dysenterie, soit qu'elle ne donne lieu à aucun symptôme réactionnel.

Tandis qu'à l'autopsie des sujets qui ont succombé à la dysenterie, on trouve la rate saine, le tissu du foie est ramolli, gonflé et gorgé d'un sang noir qui s'écoule par les incisions. L'hypertrophie peut s'observer aussi avec une consistance plus grande du tissu, qui cependant se déchire aisément. Ces lésions, et l'hépatite suppurée qui leur succède, accompagnent fréquemment, mais non d'une manière constante, la dysenterie endémique.

L'altération du foie n'est ni constante ni toujours la même dans la diarrhée chronique. Au lieu de l'hypertrophie avec ramollissement ou induration du tissu, c'est l'atrophie sans changement notable dans la consistance, mais avec décoloration allant au jaune pâle. Dans un petit nombre de cas, avec la diarrhée chronique coïncide une hypertrophie considérable, mais sans altération dans la forme de la glande. Lorsque la diarrhée n'est pas très-ancienne, le foie est souvent de volume normal, de

couleur jaune chamois, ses granulations paraissent effacées, son tissu est congestionné et ramolli et laisse couler, quand on l'incise, un sang noir et fluide.

L'atrophie avec décoloration et consistance variable du tissu est la lésion la plus fréquente qui accompagne les anciennes diarrhées avec ou sans complication dysentérique. Le plus souvent, la bile contenue dans la vésicule est diffluente, de couleur jaune pâle, ou orangée, ou vert bouteille. Le foie est ratatiné, son enveloppe est grisâtre et ridée ; à la coupe, le parenchyme est de couleur brune et sans apparence de lobules. Les contours de l'organe sont peu altérés dans leurs formes : la surface est lisse, sans proéminences et nodosités, ou bien le foie est affaissé, flasque, couleur de noix muscade ; lorsque la consistance du parenchyme est dure, jamais cependant le scalpel ne rencontre, comme dans la cirrhose parfaite, la dureté du cartilage et la ténacité du cuir.

C'est que cette altération ne semble pas appartenir à la cirrhose. Je n'ai jamais, dans les autopsies que j'ai eu occasion de voir ou de faire, rencontré les véritables lésions de la cirrhose. M. Délioux de Savignac [1], qui l'a observée comme complication de la forme chronique de la dysenterie, la signale comme une lésion organique rare. La lésion ordinaire, c'est l'atrophie avec décoloration portant l'organe au jaune fauve et sans modification de consistance. Le foie, dans la diarrhée chronique, tend à perdre de son activité et arrive par degrés à l'atrophie chronique.

Le diagnostic différentiel, peu important d'ailleurs, est assez difficile entre l'atrophie chronique et la cir-

[1] *Loc. cit.*, p. 173, 278.

rhose ; dans l'un et l'autre cas, la percussion indique la diminution de volume de l'organe, et il n'est pas toujours possible de reconnaître, à l'aide de la palpation, si la surface de la glande est lisse ou bien granulée. Les difficultés augmentent encore quand existe un épanchement ascitique. L'ascite n'a pas, dans ce cas, une plus grande importance symptomatologique que dans la plupart des autres affections graves qu'elle accompagne dans les pays chauds. Elle existe avec des altérations du foie, de la rate ou des reins ; en dehors de ces lésions, on l'observe encore. Elle n'est, dans la grande majorité des cas, qu'une conséquence de la cachexie dépendant de l'altération du sang.

La cirrhose, par sa symptomatologie, ne se rattache pas d'ailleurs à la diarrhée chronique. « L'ascite, d'après Frérichs [1], accompagne l'induration granulée du foie, plus régulièrement que la tumeur splénique. Je l'ai observée vingt-quatre fois sur trente-six, par conséquent dans les deux tiers des cas. Sept fois, l'ascite fut, pendant tout le cours de la maladie, la seule forme sous laquelle l'hydropisie se manifesta ; dans dix-sept cas, il s'y joignit un œdème des pieds et divers autres épanchements séreux. » L'ascite est bien loin, dans la diarrhée chronique, d'avoir une semblable fréquence ; elle ne se montre souvent que dans les derniers temps de la maladie ; plus souvent encore elle fait défaut. En effet, à l'encontre de la cachexie palustre, celle que déterminent les dysenteries et les diarrhées des pays chauds est une cachexie sèche.

La cirrhose est une affection qui semble très-rare aux

[1] *Traité pratique des maladies du foie*. Traduction par MM. Duménil et Pellagot. Deuxième édit., Paris, 1866, p. 311.

Antilles. L'influence palustre ne paraît pas favoriser son évolution. « D'une manière générale, dit Fréricbs [1], l'induration granulée du foie existe rarement chez les individus qui ont succombé à la cachexie paludéenne ; bien plus souvent qu'elle, j'ai trouvé une atrophie chronique simple ou adipeuse, et parfois aussi une infiltration colloïde. Lorsque la cirrhose se produit, c'est, sans doute, alors, par suite du concours de quelques circonstances accessoires, dont la nature reste encore obscure pour nous. »

Les hyperémies hépatiques, point de départ des altérations de texture, précèdent la formation des pseudoplasmas qu'elles accompagnent encore pendant leur développement ultérieur. Dans les pays chauds, elles sont très-fréquentes, et compatibles même jusqu'à un certain point avec les conditions de la santé lorsqu'elles n'ont d'autre résultat que d'augmenter d'une façon plus ou moins durable le volume du foie. Selon Haspel [2], « en général, après un séjour prolongé en Algérie, il n'est pas rare de voir le foie acquérir, même dans un état sain, un volume beaucoup plus considérable que celui qu'il avait en France. » Pareille remarque a été faite par presque tous les médecins qui ont exercé dans les pays tropicaux. Cette hypertrophie légère ou prononcée, momentanée ou durable, n'est pas, d'ailleurs, dans les colonies, un fait général ; ce n'est qu'un fait accidentel, mais fréquent.

Les hyperémies hépatiques existent seules, ou coexistent avec la dysenterie, avec la diarrhée et les fièvres palustres. Rarement les altérations qu'elles finissent par

[1] *Loc. cit.*, p. 302.
[2] *Maladies de l'Algérie*. Paris, 1852, t. I, p. 230.

amener se présentent isolément, sans quelque complication due à l'une de ces causes, sans quelque lésion d'un autre organe, comme la rate et les reins. Le médecin peut se trouver embarrassé, pour remonter à la cause productrice de certaines altérations hépatiques anciennes qu'il rencontre, pour faire la part qui peut revenir aux seules influences climatériques ou à l'impaludation, ou bien à la dysenterie ou à la diarrhée chronique ou encore à l'alcoolisme, car ces différentes influences compliquent souvent le problème et peuvent se trouver réunies chez le même sujet.

L'hyperémie, même après plusieurs récidives, n'aboutit pas nécessairement à l'hépatite. Après une fatigue ou un excès, même sans cause appréciable, le malade accuse une douleur au côté droit, douleur pongitive ou se traduisant par un sentiment de pesanteur, s'irradiant quelquefois à l'épaule et augmentée par la pression. L'hypocondre est légèrement développé, et le foie, qui arrive à déborder un peu le rebord costal, est augmenté de volume. Cette congestion n'est pas ordinairement précédée de fièvre ; aucun mouvement fébrile ne l'accompagne dans les cas légers. Il est des personnes qui, malgré leur point de côté, ne sont pas obligées d'interrompre leurs occupations. La douleur, dans d'autres circonstances, est suivie de fièvre ; le pouls est large et plein ou petit et serré, rarement très-fréquent ; la céphalalgie est peu intense ; en même temps existe de l'embarras gastrique. Ces hyperémies s'observent souvent chez des sujets qui ont été affectés, plusieurs années auparavant, de dysenterie et d'hépatite terminée ou non par suppuration. Ces symptômes cèdent en deux ou trois jours à la diète, au repos, à quelques bains, à

une tisane délayante, et la meilleure est l'eau contenue dans la noix de coco, à un purgatif, à l'application de cataplasmes émollients et, dans quelques cas, à celle de quelques sangsues sur le côté ou à l'anus. Ces hyperémies récidivent sans amener l'hépatite, et l'on est consulté par les mêmes malades, à des intervalles plus ou moins longs, pour les mêmes accidents.

ARTICLE I. — De l'hépatite.

L'hépatite vraie ou suppurante, rare dans les climats tempérés, se rencontre beaucoup plus souvent dans les pays chauds et les régions torrides, bien qu'elle n'y soit pas commune. L'étiologie en est difficile à établir, si l'examen des causes est fait avec sévérité. On doit, dans cet examen, tenir compte d'un grand fait : la relation de causalité entre la dysenterie et l'hépatite. Dans les possessions françaises d'outre-mer, les foyers où l'endémie dysentérique est le plus sévère, comme le Sénégal et Saint-Pierre (Martinique), sont ceux où l'hépatite et les abcès du foie s'observent avec le plus de fréquence. Cette relation entre les deux affections, pour être générale, n'est cependant pas nécessaire. Si, à la Réunion, le chiffre des hépatites est proportionnel, comme pour les autres colonies, au chiffre des dysenteries, à la Guyane, au contraire, la dysenterie endémique n'est pas suivie de complications hépatiques. L'hépatite ne s'y observe que d'une façon accidentelle.

Si réelle que soit la connexion entre les deux affections, on l'a exagérée et, l'hypothèse aidant, on a trop considéré l'hépatite comme la conséquence de la dysenterie

et de ses ulcérations. Les faits ne confirment pas cette manière de penser. Dans les régions tempérées, les inflammations du foie n'ont que des relations très-secondaires avec les ulcérations intestinales. Dans les pays tropicaux, l'observation démontre que l'hépatite paraît avant ou en même temps que la dysenterie, souvent aussi sans que l'intestin offre aucune lésion. A Saint-Pierre Martinique, foyer intense de dysenterie, l'hépatite est très-fréquemment primitive, et, durant toute son évolution, sans complication aucune. « Nous croyons, disait Cambay[1], que l'on a trop généralisé, lorsqu'on a annoncé qu'en Algérie la dysenterie ou la diarrhée précédaient presque toujours l'hépatite; parce que nous avons observé plus de cas d'hépatite idiopathique non précédés du flux abdominal, que de ceux qui en étaient précédés. »

L'assertion d'Annesley que, dans les Indes orientales, l'hépatite est ordinairement antérieure à la dysenterie, a été confirmée par Morehead, qui a décrit dix-sept cas d'abcès du foie sans maladie de l'intestin, et sept avec une dysenterie secondaire.

L'opinion de Ribes n'a pas peu contribué à faire considérer l'hépatite comme une conséquence de la dysenterie. La phlegmasie se propagerait anatomiquement par continuité, de la muqueuse intestinale ulcérée au parenchyme hépatique par l'intermédiaire des veines. Même dans les cas où les abcès hépatiques coïncident avec la dysenterie, reconnaissent-ils réellement pour point de départ une phlébite des radicules de la veine porte? Dans le plus grand nombre des cas, le défaut de con-

[1] *Loc. cit.*, p. 212.

cordance entre les lésions hépatiques et les lésions intestinales infirme cette étiologie.

« S'il est vrai, écrit M. Frérichs [1], que la lésion des fines ramifications des veines dans l'intestin puisse être facilement méconnue, il n'est pas moins évident que la preuve de l'existence de cette lésion est possible et doit être donnée, avant qu'on puisse se prononcer là-dessus d'une manière positive... Il n'est nullement établi que l'hépatite soit une production secondaire de l'ulcération intestinale, quoiqu'on ne puisse nier que, par exception et sous l'influence de certaines circonstances particulièrement favorables, des ulcérations dysentériques ou non dysentériques de l'intestin ne puissent produire l'inflammation des racines de la veine porte, et, par suite, la formation d'abcès hépatiques... Quant aux abcès hépatiques qui coïncident avec la dysenterie des pays tropicaux, l'opinion que Morehead émet sur leur origine nous paraît être celle qui s'accorde le mieux avec les faits. Cet auteur attribue à la maladie du foie, comme cause déterminante, la cachexie résultant de l'influence du climat, et, comme cause occasionnelle, un refroidissement. »

Le refroidissement est une cause banale toujours invoquée dans les maladies des pays chauds. A-t-elle pour l'hépatite plus de valeur que le traumatisme souvent accusé aussi par les malades? En général, les violences auxquelles la région hépatique est exposée par un choc, un coup, une chute, occasionnent rarement une hépatite traumatique. Morehead, sur trois cent dix-huit observations d'abcès du foie, n'a trouvé que quatre cas

[1] *Loc. cit.*, p. 369-370.

dont une lésion mécanique était évidemment la cause.

Je ne saurais admettre comme cause déterminante la cachexie résultant de l'influence du climat. Que l'élévation constante de la température moyenne, dans les pays tropicaux, ait une action marquée, directe ou indirecte, c'est un fait important dont il faut tenir grand compte dans l'étiologie de l'hépatite, mais ce n'est pas un fait nécessaire. Celle-ci ne survient-elle pas pendant les mois les plus froids des climats tempérés? Dans les colonies, les abcès hépatiques se montrent sur des Européens, des créoles, des nègres, qui n'ont pas le moindre signe de cachexie. Des sujets de races diverses, atteints des cachexies les plus graves, succédant à la dysenterie, à l'impaludation, ou produites par les seules influences climatériques ou déterminées par l'association de ces causes, se présentent en très-grand nombre sans que leur état se complique d'hépatite. Bien plus, à la Guyane, terre éminemment palustre où règne aussi la dysenterie et qui, par son voisinage de l'équateur, subit dans toute leur intensité les influences déprimantes d'un climat brûlant, les cachexies sont rapides, profondes et fréquentes, et l'hépatite est une affection rare.

Dans les pays équatoriaux, ainsi que le fait remarquer M. Dutroulau, deux localités voisines et placées dans les mêmes conditions météorologiques ne sont pas, pour cela seul, des foyers également intenses de dysenterie et d'hépatite. En s'en tenant rigoureusement aux faits sans recourir à l'hypothèse, on arrive à reconnaître que la genèse de l'hépatite nous échappe dans la plupart des cas. « Il ne faut pas s'en étonner, dit Frérichs [1], car la

[1] *Loc. cit.*, p. 372.

même obscurité nous cache le mode d'origine d'autres affections qui, de même que la pneumonie, se présentent bien plus fréquemment à nous que l'hépatite, et sont bien plus accessibles à notre observation. »

L'hépatite peut suivre une marche insidieuse, donner lieu à si peu de réaction et à des symptômes si obscurs, qu'elle est méconnue ; elle peut être masquée par les complications ; mais, dans d'autres circonstances, elle débute avec intensité. Alors ordinairement c'est un accès de fièvre avec ou sans frisson qui commence la série des actes morbides. La fièvre prend le type continu ; le pouls, plein et dur, donne de 110 à 140 pulsations ; la peau est sèche et brûlante, le visage animé, la céphalalgie peu intense ; la langue devient blanche ou d'un jaune sale, quelquefois rouge sur les bords ; l'inappétence est marquée, la soif est vive, la constipation est prononcée ; quelquefois on observe des nausées et même des vomissements bilieux. Cet appareil fébrile dure ordinairement trois ou quatre jours ; puis la peau s'assouplit, se couvre de moiteur et de sueur, bien que le pouls reste fréquent. Il n'est pas rare d'observer, avant l'établissement définitif de la convalescence, une ou deux exacerbations de vingt-quatre à trente-six heures de durée dans l'état fébrile. Ces exacerbations des symptômes sont liées sans doute à l'invasion de la phlegmasie sur un autre point de la glande hépatique que celui primitivement atteint.

La fièvre symptomatique de l'hépatite n'a pas toujours ces franches allures. Dans les formes insidieuses, la maladie ne se développe pas, comme elle a coutume de le faire dans les climats froids, sous l'apparence de l'infection pyhémique. Souvent l'ensemble des phénomènes

fébriles revêt le caractère intermittent, les types quotidien, tierce, quarte, simples et même doubles; plus souvent les accès sont irréguliers ou finissent par le devenir. Cette fièvre pseudo-intermittente est une cause d'erreur de diagnostic, si l'examen du malade est superficiel. La fièvre palustre peut compliquer l'hépatite, comme toutes les autres maladies, graves ou légères, des pays tropicaux. Tandis que le sulfate de quinine reste impuissant contre les accès pseudo-intermittents, il révèle, en la faisant cesser, la vraie nature de la complication paludéenne. A une période avancée de l'hépatite, pendant la suppuration, les accès palustres prennent parfois le caractère pernicieux et surtout la forme algide. Comme la dysenterie, l'hépatite suppurante se complique parfois d'un état typhoïde. Mais c'est là un fait rare, et la plupart du temps on n'observe pas dans cette affection de graves désordres nerveux.

L'hépatite s'accompagne ordinairement d'une teinte jaune paille de la peau, sur laquelle vient à trancher la rougeur des pommettes, lorsque la collection purulente se forme. Le passage de la matière colorante de la bile dans l'urine ne coïncide pas avec cette décoloration ictérique. Le véritable ictère est assez rare et sans valeur pour le diagnostic dans l'hépatite. Il n'est presque jamais intense ni de longue durée. Hors les cas d'ictère où la présence de la bile se reconnaît dans les urines, celles-ci n'offrent rien de caractéristique ; elles sont peu abondantes et fortement colorées au début de la phlegmasie.

Malgré les conditions de voisinage, l'état de souffrance du foie retentit médiocrement sur les voies digestives. Si l'on observe, dans le cours de la maladie, quelques symptômes légers d'embarras gastrique, dans d'autres cir-

constances les fonctions digestives restent parfaitement intactes. D'après Annesley, la saillie faite par les papilles rouges au-dessus de l'enduit gris de la langue, qui, plus tard, devient brune ou rouge brique, formerait un signe précieux de l'hépatite commençante. J'ai fait une remarque analogue : la rougeur vive du pourtour de la langue finit par s'étendre à l'organe tout entier. Ce symptôme, que j'ai remarqué surtout chez le nègre, est tellement caractéristique qu'il peut suffire tout d'abord pour mettre sur la voie du diagnostic.

Nous avons vu la dysenterie suivre quelquefois l'hépatite, la précéder le plus souvent. Lorsqu'elles coexistent, elles s'influencent réciproquement. Parfois la gravité des accidents dysentériques s'efface devant la gravité autrement grande de la phlegmasie du foie ; dans d'autres cas, l'apparition de la diarrhée ou un flux de sang abondant modifient, suspendent ou terminent les symptômes de l'hépatite.

S'il est des cas où l'exploration locale ne fournit aucune donnée qui révèle la lésion hépatique, il en est d'autres où le diagnostic peut être établi d'après la seule inspection de la région, qui est soulevée uniformément dans toute son étendue, ou bien présente, surtout s'il s'est formé un abcès, une proéminence à courbure aplatie. L'hypocondre, le plus souvent, n'offre aucun changement ; la palpation et la percussion sont nécessaires pour délimiter le foie. Elles exagèrent la douleur, qui tantôt est étendue, tantôt occupe un point limité. Cette douleur est très-variable ; souvent presque nulle, lorsque la phlegmasie siége dans les parties profondes de la glande, elle devient vive quand le travail inflammatoire se rapproche de l'enveloppe séreuse ; elle précède,

accompagne et suit le travail de suppuration. Sourde d'abord, elle devient lancinante, se localise dans l'hypocondre droit, quelquefois à l'épigastre ou en arrière, à la base du thorax.

Dans un certain nombre de cas (17 pour 100 d'après M. Rouis), les malades accusent une douleur sympathique à l'épaule droite, soit dans le creux sus-claviculaire, soit dans la fosse sus-épineuse, soit au moignon de l'épaule. Cette douleur, qui ne dure ordinairement que quelques jours, fournit une sensation de pression ou de tension, est térébrante quelquefois, et s'exaspère par les mouvements imprimés au bras.

En même temps que la percussion exagère ou éveille la douleur de l'hypocondre, elle révèle l'augmentation de volume du foie, tuméfaction rarement uniforme, dont les proéminences font saillie dans la cavité thoracique comme dans la cavité abdominale. L'hypertrophie correspond surtout à la période de suppuration de la glande, qui déborde les fausses côtes de trois, quatre, six et sept centimètres quelquefois. L'hépatite suppurante amène dans la respiration des troubles très-variés. La douleur paralyse l'action du diaphragme ou celle des muscles intercostaux, et la respiration est courte, fréquente et incomplète. Elle est coupée, comme on dit, à chaque grande inspiration, et celle-ci peut encore servir plus tard à indiquer le point précis où siége la douleur dont l'acuïté tend à disparaître. Cette gêne respiratoire n'existe que dans le côté droit du thorax, dont le côté gauche se contracte énergiquement. Le point de côté est souvent accompagné d'une petite toux sèche assez semblable à celle de la pleurésie.

Lorsque l'inflammation se propage aux plèvres, que

l'abcès se vide dans leur cavité ou pénètre dans les bronches, l'auscultation de la poitrine révèle des troubles respiratoires autrement graves que les troubles nerveux et sympathiques précédemment observés. Tantôt ce sont les signes d'une pleurésie ; tantôt, avec quelques crachats pneumoniques, on trouve du râle muqueux et de la bronchophonie, et, lorsque le pus a pénétré dans les bronches, du râle muqueux à grosses bulles et du gargouillement. La respiration peut rester calme, n'être dyspnéique qu'à la suite d'un effort ; quelquefois le malade éprouve de violents accès de suffocation. En même temps et à la suite de quintes de toux, sont expulsés des crachats mêlés de sang et de pus, caractéristiques ordinairement, souvent abondants, comme dans les vomiques, mais dont la quantité varie selon que la collection purulente est plus ou moins considérable et qu'elle se vide plus ou moins facilement à travers le poumon et les bronches.

La suppuration, bien qu'ordinaire dans l'hépatite deutéropathiquement liée à la dysenterie, n'est pas la terminaison la plus fréquente qu'on observe aux Antilles. La résolution de l'inflammation s'y rencontre plus souvent et s'annonce par la rémission des symptômes locaux et généraux ; elle arrive ordinairement après un ou deux septénaires. La convalescence est souvent lente et pénible, troublée même parfois par quelque récidive. L'hépatite dépourvue de complications est une affection grave qui se termine plus souvent par la guérison que par la mort, et où celle-ci n'arrive pas toujours alors même que s'est formée une collection purulente. Les nombreuses observations recueillies aux Indes orientales par Morehead donnent pour la mortalité un chiffre

de 11 à 14,1 pour 100 pour l'hépatite aiguë. Aux Antilles, il n'est pas de médecin qui n'ait souvent vu guérir des malades qui offraient l'hépatite la mieux caractérisée. Il n'est pas rare d'y rencontrer des personnes qui ont une santé passable ou excellente, et qui, dans le temps, ont rendu par les bronches un abcès hépatique. Deux fois j'ai eu occasion d'observer cette terminaison à Saint-Pierre, chez un religieux et chez un négociant européen. Celui-ci guérit parfaitement et reprit une très-bonne santé sans quitter la colonie ; celui-là, après une expectoration longue et une convalescence pénible, succomba peu de temps après son arrivée en France.

Lorsque l'hépatite se termine par suppuration, sa durée peut être très-longue. Si elle se complique de gangrène ou si l'inflammation détermine des symptômes locaux et généraux d'une grande violence, la mort peut survenir au bout de huit ou dix jours. Mais si la collection purulente se forme sans occasionner une réaction vive, si surtout elle s'enkyste, elle peut mettre plusieurs mois avant de se faire jour à l'extérieur ou avant de déterminer la mort ; elle peut même durer une ou plusieurs années. « Il est à ma connaissance, écrit M. Dutroulau[1], que des Européens partis des colonies après des abcès du foie ouverts par le bistouri ou rendus par les voies naturelles, et guéris en apparence, ont succombé longtemps après à de nouveaux abcès ; d'autres ont gardé des abcès en suppuration pendant des années. »

La rupture spontanée de l'abcès ne peut être suivie de guérison que si le pus est conduit au dehors sans

[1] *Loc. cit.*, p. 510.

causer de lésion grave. L'ouverture à travers la paroi abdominale est un fait assez rare pour qu'on ne doive pas compter, d'après l'observation de M. Dutroulau, sur les seuls efforts de la nature. La rupture dans les bronches est la plus commune de toutes, et celle qui, ainsi que la rupture à travers l'intestin, laisse à la guérison le plus de chances.

La page suivante, empruntée à l'ouvrage de Frérichs[1], renferme des données statistiques intéressantes sur la fréquence plus ou moins grande de l'ouverture des abcès et sur la direction qu'ils affectent alors de préférence. D'après Rouis, sur 162 cas terminés par la mort, il y en eut : 96 dans lesquels la suppuration était restée circonscrite à l'intérieur du foie; 17 où un certain nombre d'abcès existants s'étaient ouverts ; enfin, 50 où la suppuration pouvait librement s'épancher hors du foie. Au nombre des abcès ayant franchi les limites du foie, on en compte 6 dont le pus était simplement en contact avec les organes voisins non encore perforés, comme, par exemple : avec la moitié droite du diaphragme déjà un peu aminci, avec le péricarde, la paroi postérieure de l'estomac, le pancréas, la vésicule biliaire, enfin avec le côlon, dont la muqueuse seule était restée intacte. 26 abcès s'étaient vidés dans des cavités closes avoisinantes : dans le péritoine, 14 : dans la plèvre droite, 11 ; dans le péricarde, 1. Parmi ces derniers cas, il en est un où, le foie contenant plusieurs abcès, l'un d'eux s'était vidé dans la plèvre, et un autre dans la cavité du péritoine. Une autre fois, le pus, d'abord enkysté à la base du grand épiploon, finit par s'ouvrir une

[1] *Loc. cit.*, p. 385-386.

voie à travers l'épigastre. 30 abcès s'étaient ouverts à l'extérieur, en traversant :

La paroi abdominale dans la région hépatique..	2
Les bronches, après avoir pénétré directement dans le poumon	15
Les bronches, après s'être d'abord épanchés dans la cavité pleurale	2
L'estomac..	5
Le duodénum..	1
Le côlon transverse..	3
Les voies biliaires..	1
La vésicule biliaire..	1

Sur ce nombre, on trouve un cas où existaient deux abcès, dont l'un s'ouvrit dans le côlon et l'autre dans l'estomac.

17 abcès furent ouverts artificiellement. Sur 39 cas de guérison parfaite, il y en eut : 17 dans lesquels la paroi abdominale ou thoracique avait été perforée (l'ouverture siégeait : dans les derniers espaces intercostaux, 3 fois ; dans la région épigastrique, au dessous du sternum, 13 fois ; à l'ombilic, 1 fois) ; 15 cas où l'abcès s'ouvrit dans les bronches ; 3 cas, dans l'estomac ; 4 cas, dans le côlon.

Sur 25 cas rapportés par Haspel, il y en eut 7 qui se vidèrent extérieurement en traversant la paroi abdominale ou thoracique ; 2 s'ouvrirent dans le poumon, 4 dans la cavité pleurale, 2 dans l'abdomen ; une fois le pus fusa jusque dans le scrotum. Aucun abcès ne s'ouvrit ni dans l'estomac, ni dans l'intestin ; 10 abcès restèrent fermés.

Sur 10 observations de Cambay, le pus s'épancha : dans l'abdomen, 1 fois ; dans la vésicule biliaire, 1 fois ;

dans les bronches, 2 fois ; il resta enfermé dans la glande hépatique 6 fois, et dans un de ces cas, il y avait un commencement de cicatrisation.

Morehead a vu, sur 140 cas, l'abcès s'ouvrir : dans les poumons et la plèvre, 14 fois, c'est-à-dire 10 pour 100 ; dans l'estomac et l'intestin, 5 fois, c'est-à-dire 3,5 pour 100 (sur ces cinq cas il y eut trois guérisons); dans l'abdomen, 2 fois seulement, encore cela ne fut pas sûrement prouvé. En outre, 7 fois une péritonite circonscrite et 14 fois une péritonite secondaire se développèrent, comme accidents consécutifs, sans que le pus se fût épanché dans le péritoine. Dans 5 cas, on fut contraint d'admettre que le pus avait été résorbé.

Des 11 abcès hépatiques observés par M. Andral, 9 restèrent clos ; 1 versa son contenu dans l'estomac, et 1 dans la cavité abdominale.

M. Dutroulau, qui a fait le relevé de 66 autopsies d'hépatite suppurée, a vu, dans ces cas, le pus suivre une direction très-variable : 30 fois la mort est survenue avant que l'abcès se soit rompu ou ait été ouvert ; 25 fois le pus a pénétré dans les organes voisins ou dans les cavités naturelles en rapport direct avec l'abcès, et cela de la manière et dans les proportions suivantes : 2 fois dans la plèvre, 10 fois à travers les poumons et les bronches, 1 fois dans l'estomac, 1 fois dans le gros intestin, 7 fois dans le péritoine, 4 fois dans le tissu cellulaire abdominal. L'abcès a été ouvert 11 fois par le bistouri, et ne s'est pas ouvert spontanément une seule fois à l'extérieur.

Il est un mode de terminaison de l'hépatite suppurée qui se rencontre rarement et, probablement à cause de cette circonstance, a été mise en doute. Cependant la ré-

sorption du pus paraît nettement établie par les observations de Haspel[1], de Cambay[2], de Morehead[3], de Dutroulau[4]. « La question est difficile à décider, écrit Frérichs[5]. Cependant l'analogie plaide en faveur de la possibilité d'un tel phénomène, et un grand nombre de faits anatomiques ne souffrent guère un autre genre d'interprétation. On doit bien se garder, il est vrai, de prendre pour un abcès guéri toute irradiation de fibres cicatricielles, renfermant des masses caséeuses, que l'on pourrait rencontrer dans le foie. Nous verrons bientôt combien cette altération est fréquente avec la syphilis constitutionnelle; néanmoins, il existe des observations, et parmi elles je range celles rapportées par Catteloup, Cambay, C. Broussais et Morehead, où un pareil état peut être regardé comme le résidu d'une véritable hépatite suppurative. Ces cas, en effet, furent non-seulement précédés de tous les symptômes de cette affection, mais encore l'aspect des cicatrices et le volume de l'organe entier indiquaient l'existence d'une perte de substance, semblable à celle que des abcès, et non pas la diathèse syphilitique, font éprouver au foie. »

J'ai eu occasion de voir, avec M. le docteur Artières, un fait où la guérison fut évidemment due à la résorption du pus, comme dans l'observation rapportée par M. Dutroulau. Une négresse d'une quarantaine d'années nous présenta successivement les divers symptômes de

[1] *Maladies de l'Algérie*, p. 240.

[2] *Traité des maladies des pays chauds*. Paris, 1847, p. 223, observ. XXXIV et XXXVII.

[3] *Loc. cit.*, p. 346.

[4] *Loc. cit.*, p. 511, observ. XIII.

[5] *Loc. cit.*, p. 389.

l'hépatite suppurante : douleur de l'hypocondre et de l'épaule, fièvre, ictère, foie débordant les fausses côtes de six centimètres, rénitence obscure, empâtement des tissus qui proéminèrent, comme lorsqu'une collection purulente tend à se faire jour ; il y eut même une sensation obscure de fluctuation. Deux applications de pâte de Vienne furent faites à quelques jours d'intervalle au centre de la tumeur. Me préparant à en commencer une troisième, je remarquai une diminution dans le volume de la tumeur. Je m'arrêtai et je la vis s'effacer lentement et disparaître. Rien de particulier dans les selles ne put faire penser que le pus s'était frayé un passage dans l'intestin. La saillie de la tumeur à l'extérieur aurait pu détourner de cette recherche. Quelques doses de calomel et des frictions mercurielles sur le côté avaient été prescrites. Cette malade, que j'eus souvent occasion de revoir depuis, eut une santé passable et ne présenta, dans les trois années qui suivirent, aucun symptôme d'affection hépatique.

Lorsque l'hépatite se termine par suppuration, la durée de la maladie peut être fort longue ; la suppuration peut se continuer pendant des années. Tantôt c'est du pus qui s'accumule dans la cavité de l'abcès, tantôt c'est un liquide séro-purulent qui s'écoule par la plaie. Le défaut de cicatrisation tient à l'induration des parois de la cavité et du trajet fistuleux. La convalescence est aussi très-longue le plus souvent ; ce n'est qu'après des mois ou des années que le rétablissement des forces est complet ; les fonctions digestives peuvent rester longtemps troublées.

La guérison de l'hépatite n'est pas toujours radicale. L'hypocondre reste tendu et un peu douloureux ; l'in-

spiration et la toux qui persiste, sèche et peu fréquente, réveillent la douleur, qui par instants devient aiguë. A la forme aiguë de l'hépatite succède la forme chronique, qui peut durer deux et même trois ans. L'ictère revient par intervalles ou reste permanent. L'hypertrophie du foie est plus ou moins prononcée. Du côté de l'abdomen, il dépasse de plusieurs centimètres le rebord costal. Du côté du thorax, il refoule le poumon, et la percussion rend compte de son développement. A moins d'abcès, la forme de l'organe est conservée. Le malade très-amaigri est affecté de diarrhée et présente de l'infiltration aux malléoles. Souvent les tissus sont décolorés ou n'offrent qu'une teinte subictérique, car l'ictère véritable est loin d'être constant. Les symptômes changent parfois de caractères, et à diverses reprises la maladie repasse à l'état aigu. La formation des abcès, qui finit par arriver, entraîne ordinairement une terminaison fâcheuse. Le malade, affaibli déjà, meurt dans la fièvre hectique ou emporté par des accidents diarrhéiques.

Lorsque l'hépatite est récente, observée à son début, qu'elle succède à la dysenterie ou se présente sans complications, le diagnostic en est ordinairement facile à établir. Avec quelle autre affection pourrait-elle être confondue? Le point de côté, la douleur sympathique de l'épaule, les troubles digestifs, les accidents fébriles la distinguent des kystes hydatiques du foie. Les hydatides du foie paraissent d'ailleurs être une maladie inconnue aux Antilles. Je n'en ai pas observé un seul cas à Saint-Pierre. Mes confrères, dans une pratique plus longue que la mienne, m'ont assuré n'en avoir jamais observé non plus. Ces vers vésiculaires sont très-rares d'ailleurs dans certains pays, aux États-Unis et

dans l'Inde. La confusion serait plus facile entre l'hépatite et le cancer ramolli du foie ; mais l'apyrexie, la marche chronique des accidents, le lent développement de la tumeur qui, même en voie de ramollissement, offre encore des nodosités saillantes, caractériseraient suffisamment le cancer hépatique, qui est aussi une maladie extrêmement rare aux Antilles.

La pleurésie et la pneumonie du côté droit peuvent, dans les premiers temps, surtout lorsque l'hépatite est latente au début, n'être pas rapportées à leur véritable cause : au voisinage d'un abcès ou à la pénétration du pus dans la cavité thoracique. Les commémoratifs devront venir en aide au diagnostic, qui prendra plus tard une certitude complète lorsque l'abondance et la couleur lie de vin de l'expectoration, qui contient des débris de substance hépatique et de la bile, annonceront la rupture dans les bronches d'un abcès du foie.

« Les anciens médecins, dit Frérichs [1], énuméraient toute une série de signes devant préciser le siége de l'inflammation, et indiquer si elle occupait la face convexe ou la face concave du foie, le lobe droit ou celui de gauche. Ces signes, qui se fondaient principalement sur la nature de la douleur, du pouls, sur les troubles digestifs ou respiratoires concomitants, ne présentent aucune sécurité ; seuls, les changements survenus dans les contours de la glande, si on parvient à les constater à l'aide de la palpation et de la percussion, et, parfois aussi, le siége fixe de la douleur, peuvent fournir la réponse à ces questions. »

Il n'est pas toujours facile de diagnostiquer l'hépatite;

[1] *Loc. cit.*, p. 393.

il est même aisé de se tromper si l'on n'apporte pas une attention extrême, si l'on ne procède pas à une exploration attentive, si la maladie est arrivée à une date avancée de son existence et si elle s'accompagne de quelque complication. « Il n'est peut-être pas un médecin, quelque expérimenté qu'il soit dans la pratique médicale des pays chauds, à qui il ne soit arrivé de trouver sur le cadavre des inflammations ou des abcès du foie qui n'avaient pas été soupçonnés pendant la vie. La dysenterie grave est la cause la plus fréquente de cette ignorance dans laquelle reste le diagnostic; mais la fièvre pernicieuse et la fièvre jaune y prêtent également. J'ai vu un malade, entré à l'hôpital pour un accès pernicieux ataxique, pendant lequel il s'échappa de son lit et alla se jeter dans un bassin d'eau froide, présenter à l'autopsie un vaste abcès du foie; j'en ai vu d'autres parcourir toutes les périodes de la fièvre jaune avec des abcès qui passaient inaperçus [1]. » Ces faits démontrent la nécessité de l'exploration des organes dont les lésions peuvent être méconnues, au milieu des accidents déterminés par ces graves maladies. Cette exploration est encore nécessaire même dans des cas d'hépatite simple où aucun trouble, pas même du côté de la respiration, ne traduit la souffrance du foie, comme lorsqu'un foyer purulent est situé dans la profondeur de la glande et que ni le diaphragme ni le péritoine ne sont atteints.

Dans les pays où règne l'endémie paludéenne, la préoccupation constante qu'elle cause au praticien et un examen superficiel peuvent faire méconnaître une hépa-

[1] Dutroulau, *loc. cit.*, p. 514.

tite suppurante. Le caractère intermittent, quotidien, tierce, quarte, rémittent, irrégulier qu'affecte la fièvre symptomatique dans certains cas, la fait regarder comme une fièvre d'accès.

Les phénomènes locaux et généraux que l'hépatite détermine sont si légers quelquefois, qu'ils sont rapportés à tort à une simple hyperémie. Le diagnostic manque de bases certaines dans les formes latentes de l'hépatite. En effet, aucun trouble fonctionnel, aucune altération locale ne décèlent la souffrance du foie. Dans ces formes, assez rares d'ailleurs, les symptômes accusés sont mal définis ou rapportés avec raison à quelque lésion d'un autre organe ; et bien qu'à l'exploration on n'ait rien rencontré du côté du foie, à l'autopsie on tombe sur des abcès hépatiques. Ces hépatites latentes ont été observées dans les pays chauds et dans les régions tempérées, comme l'établissent les faits rapportés par Annesley, Abercrombie, Cambay, Haspel, Budd, Andral et Frérichs.

D'une manière générale, on peut dire que le pronostic de l'hépatite est sombre. Mais il faut spécifier les cas. L'hépatite aiguë simple et primitive est une maladie peu grave et qui cède aisément au traitement. La propriété qu'elle a de récidiver, la possibilité de la formation d'abcès dans le parenchyme hépatique sans retentissement local ou général, doivent commander une certaine réserve. L'hépatite consécutive à la dysenterie est plus à craindre que l'hépatite primitive, parce que généralement elle se termine par un abcès. Les deux affections hépatique et dysentérique, quel que soit l'ordre de leur genèse, s'influencent réciproquement dans un sens défavorable à l'état du malade, quelle que soit celle qui prédomine. Le retour de la dysenterie constitue un péril,

jamais une crise salutaire. Inutile de rappeler les dangers de la complication palustre, qui prend parfois le caractère pernicieux algide chez des sujets affaiblis ou qu'épuise la suppuration. Bien que l'hépatite simple guérisse d'ordinaire, ceux qui en ont été atteints doivent apporter une grande surveillance dans leur manière de vivre et se soustraire, s'ils le peuvent, aux influences du milieu où ils ont contracté leur mal. Quelques-uns revenus en Europe, et après avoir repris les apparences de la santé, voient, après un temps plus ou moins long, l'hépatite récidiver et se terminer par suppuration. Il est même des personnes qui, sans avoir précisément souffert du foie aux colonies, restent en Europe sous l'empire des influences longtemps subies, et, après des années, éprouvent des accidents graves dus à une hépatite suppurée. La forme chronique de l'hépatite qui finit par la suppuration est grave encore par les accidents diarrhéiques et cachectiques qu'elle entraîne.

Pour les abcès du foie, la mort est la règle, la guérison l'exception. L'abcès peut s'enkyster, rester stationnaire des mois, même des années, mais, outre la détérioration de la constitution, cet état exceptionnel et transitoire n'aboutit pas à la guérison définitive. L'abcès peut encore disparaître par résorption, mais cette heureuse terminaison est une exception tellement rare, qu'on ne peut y compter. La collection purulente s'ouvre spontanément dans une cavité close ou dans un organe voisin. De redoutables accidents peuvent succéder à cette rupture et amener une terminaison promptement funeste. La mort peut encore arriver après un temps plus ou moins long, soit parce que l'organe intéressé est envahi par l'inflammation et détruit en partie par la suppuration, soit que

le trajet fistuleux ne permette pas un libre écoulement au pus qui vient du foie. C'est par les bronches que l'abcès s'élimine le plus souvent; l'ouverture par l'estomac et l'intestin est plus favorable, mais plus rare. Dans un certain nombre de circonstances, ces éliminations sont suivies de guérisons complètes. Dans la pratique des pays chauds, il n'est pas très-rare de rencontrer, avec les conditions de la santé, des sujets qui, plusieurs années auparavant, ont rendu des abcès hépatiques par les selles ou par expectoration.

Le quatrième mode de terminaison des abcès du foie, c'est leur ouverture artificielle par les moyens chirurgicaux. Mais si nombreux que soient les succès de cette tentative, elle ne procure pas constamment une guérison radicale. Le malade succombe à l'épuisement causé par l'abondance de la suppuration ou meurt par le fait de quelque complication. Enfin, que l'abcès ait été ouvert ou se soit rompu naturellement, quelques malades, même après avoir repris les attributs ou les apparences de la santé, voient, après des années, l'hépatite suppurante récidiver, soit dans les régions tropicales, soit même loin des foyers endémiques et dans les climats tempérés.

Il est extrêmement rare qu'on ait l'occasion d'observer les lésions anatomiques à un autre moment qu'à la période de suppuration. D'après Frérichs, lorsque l'hépatite est à son début, les parties lésées du foie offrent une coloration rouge, mêlée de jaune pâle ; la rougeur disparaît vers les bords, où elle est remplacée par un large liséré jaunâtre. Les foyers, de couleur pâle, contiennent de petits amas isolés d'un pigment jaune d'ocre ; les lobules sont notablement hypertrophiés et entourés d'une aréole grisâtre et transparente. Le parenchyme glandu-

laire, dans les endroits malades, paraît ramolli et friable ; lorsque ces points sont situés à la périphérie, ils forment à l'extérieur des proéminences plates, recouvertes par la capsule opaque et injectée. Selon Haspel, l'hépatite, à son début, présente des marbrures ecchymotiques ou des taches jaunâtres, laiteuses, d'un rouge brun ou noirâtre même, en quelques points. Le travail de suppuration semble suivre, dans certains cas, la division lobulaire du foie, ainsi que l'ont remarqué Andral, Louis, Stokes et R. Quain. Mais on n'observe presque jamais les abcès en voie de formation. Ils sont déjà constitués, si récents qu'ils soient, lorsque l'autopsie les découvre.

Le pus, dans ces abcès récents, est jaune pâle ; les parois sont formées par la substance hépatique ramollie et envoyant dans l'intérieur de la cavité des tractus filamenteux. Ces parois sont lisses, doublées quelquefois d'une mince couche de fibrine. Quand l'abcès a duré un certain temps, les parois kystiques prennent plus de consistance et d'épaisseur ; elles sont même parcourues par des vaisseaux, peuvent offrir des couches stratifiées comme les fausses membranes pleurétiques et présenter même par places, dans des cas anciens, la dureté du cartilage. « Cette capsule, dit Frérichs, sépare le foyer d'avec les parties voisines ; plus tard elle sert à la résorption, alors que les parois de l'abcès se rapprochent et, quand les circonstances sont favorables, finissent par se confondre en une couenne solide et calleuse. Dans ce cas, le pus laisse ordinairement un résidu caséeux ou calcaire ; plus tard, à la place de l'abcès, on trouve une profonde dépression cicatricielle dans le tissu glandulaire. » La membrane kystique se déchire souvent ; ses débris font saillie dans la cavité, dont le pus se fraye un

passage, tandis que l'inflammation gagne d'autres portions de la glande. Lorsque le kyste limite les progrès de la suppuration, l'abcès a une forme arrondie ; mais lorsque la fonte purulente suit la rupture de la poche, surtout lorsqu'elle détruit le tissu intermédiaire entre deux collections purulentes, l'abcès qui en résulte est irrégulier, sinueux et anfractueux. Dans les cas où l'enveloppe kystique fait défaut, les parois de l'abcès sont inégales, anfractueuses, présentent des franges, des lambeaux cellulo-fibreux flottant dans le pus et tenant encore aux parois, ou détachés d'elles.

Les abcès du foie varient de volume, de nombre et de siége. « Dans les régions tropicales, dit M. Dutroulau [1], les vastes collections purulentes du foie sont la règle ; leur grand volume n'exclut pas d'ailleurs leur multiplicité, plus fréquente cependant quand l'abcès est petit. » Leur volume varie depuis la noix jusqu'à l'orange ; il en est de plus petits ; il en est d'autres qui atteignent la grosseur d'une tête d'enfant. Dans certains cas, le foie presque tout entier n'est plus qu'une coque énorme pleine de pus. Le nombre des abcès est ordinairement de un à trois ; l'abcès unique est de beaucoup le plus fréquent. « Dans les cas assez rares d'abcès multiples, dit très-justement M. Dutroulau, on rencontre un foyer beaucoup plus vaste que les autres, et il ne se forme d'ailleurs d'autres abcès que par l'invasion de l'inflammation sur d'autres points, quelquefois aussi par une tendance particulière du foie à tomber en suppuration dans toutes ses parties. La dissémination de petits abcès dans tout le parenchyme du foie, qui en paraît quelque-

[1] *Loc. cit.*, p. 489 et 490.

fois criblé, me semble la meilleure preuve que les grands foyers ne se forment pas par la réunion des petits, et ce qui le prouve encore, c'est la forme sphéroïdale régulière des grands abcès et la présence du kyste, souvent très-dense, très-épais, et à surface unie qui les tapisse. »

Les abcès sont superficiels et quelquefois recouverts par le péritoine seulement. Dans le plus grand nombre des cas, ils sont profonds ; ils prennent ordinairement naissance dans l'intérieur du parenchyme, mais ils tendent à gagner la surface. Ils se développent partout quand ils sont multiples ; mais la partie postérieure du lobe droit est leur siége le plus fréquent. Haspel a trouvé que le rapport de la fréquence entre le lobe gauche et le lobe droit est = 1 : 30. L'augmentation de volume du foie constatée pendant la vie se retrouve à l'autopsie. Un certain degré d'hypertrophie est la règle, le volume normal s'observe rarement et la diminution du volume n'est qu'une exception.

Le pus, dans les abcès récents, est jaune, crémeux, inodore, rarement mêlé de sang et de détritus hépatiques. Dans les abcès anciens, il prend, lorsque la destruction purulente a intéressé les conduits biliaires, une coloration verte ou jaune prononcée, due à la bile qui s'écoule par la section ou l'érosion des conduits. Quelquefois le pus prend une odeur ammoniacale prononcée.

La bile n'offre pas d'altération constante dans l'hépatite suppurante ; elle est ténue ou épaisse et poisseuse, brune, verte ou rougeâtre. Outre la terminaison de l'hépatite circonscrite par la suppuration, on observerait, d'après Frérichs, la terminaison par l'induration et la destruction des portions malades de la glande. Il se formerait, dans ce cas, des cals rayonnés, blancs et

fibreux, qui renferment souvent une matière jaune et caséeuse.

La terminaison par la gangrène est tout à fait exceptionnelle. Elle a été rencontrée, dans quelques cas isolés, par Andral, Cambay, Rokitansky, Budd, Haspel et Dutroulau. « La plupart du temps, dit Frérichs [1], elle était causée par le passage de quelques matières gangrenées dans le sang, et les foyers gangréneux se produisaient dans le foie, comme ils se forment dans les poumons, lorsqu'à la suite d'une phlébite l'infection putride se déclare. » Dans une observation de Budd, un sphacèle des orteils avait déterminé des foyers gangréneux multiples dans les poumons, la rate et le foie. Dans l'observation de Cambay, la poche de l'abcès contenait un liquide rougeâtre à odeur gangréneuse, et la paroi était formée par une masse d'un brun noir, molle et fétide. Cette couche de tissu mortifié est séparée du tissu sain par une ligne de démarcation bien sensible. « Ce n'est pas, dit M. Dutroulau [2], par le contact de l'air seulement que le tissu du foie prend l'aspect propre à la gangrène, car cette lésion est plus fréquente dans les abcès qui n'ont pas trouvé d'issue et qui ont déterminé une mort rapide, que dans ceux qui ont été ouverts. Il ne faut pas d'ailleurs confondre la teinte noire que prennent quelquefois les parois d'un abcès accessible à l'air avec la véritable gangrène du parenchyme dont nous parlons. La coïncidence de la gangrène du foie avec celle du gros intestin m'a paru constante. » En outre, la gangrène s'empare quelquefois des parois de l'abcès après la pénétration de l'air consécutive à l'ouverture.

[1] *Loc. cit.*, p. 361.
[2] *Loc. cit.*, p. 493.

Indépendamment des lésions de la glande, l'hépatite en détermine de plus ou moins graves dans d'autres organes. Ces lésions consécutives intéressent le péritoine, le canal intestinal, la plèvre et le poumon. Le péritoine participe souvent à l'inflammation du foie; de là, des adhérences cellulo-fibreuses, plus ou moins résistantes, plus ou moins étendues. Les adhérences ne préviennent pas toujours d'une manière certaine l'épanchement de l'abcès dans la cavité séreuse, qui offre alors les traces d'une inflammation vive, des fausses membranes et du pus. L'intestin grêle, d'après M. Dutroulau, est assez fréquemment altéré, mais dans son dernier quart seulement, qui présente des arborisations vasculaires, des plaques saillantes et quelquefois des ulcérations simples, toutes lésions consécutives à la phlegmasie hépatique. Il n'en est plus de même des ulcérations profondes et autres graves altérations du gros intestin, si fréquentes, que M. Dutroulau, à la Martinique, en a retrouvé les traces 57 fois sur 66 cas d'abcès du foie terminés par la mort; qu'Annesley, dans les Indes orientales, sur 29 cas a rencontré 21 fois ces ulcérations, et, qu'en Algérie, Haspel les a observées dans 13 cas sur 25. Dans ces circonstances, c'est l'abcès qui est consécutif aux ulcérations du gros intestin, et le degré de fréquence de celles-ci tient à l'étroite relation de causalité qui existe, dans les climats chauds, entre la dysenterie et l'hépatite.

Les altérations de la plèvre et du poumon droit sont éventuelles et dues au voisinage de l'abcès et à sa rupture. C'est ainsi que le poumon peut subir une sorte de tassement par le refoulement du diaphragme, que la pleurésie adhésive et l'hépatisation pulmonaire précèdent la rupture de la collection purulente, qui peut, dans

quelques circonstances plus rares, s'ouvrir directement dans la cavité pleurale avant la formation de toute adhérence. Placé entre le poumon et le foie, le diaphragme, en cas de rupture de l'abcès, est nécessairement détruit dans une étendue plus ou moins grande, mais dont le diamètre est presque constamment inférieur à celui des abcès hépatique et pulmonaire. L'ouverture diaphragmatique forme même une sorte d'étranglement et présente des bords irréguliers, lisses ou frangés.

Les organes centraux de la circulation et de l'innervation ne présentent aucune altération qui dépende de l'hépatite. L'état des reins, de la vessie et de la rate ne paraît pas modifié non plus. Les altérations que les glandes mésentériques et la rate présentent dans certains cas doivent être rapportées à la dysenterie et à l'impaludation.

On ne saurait, dans les pays équatoriaux, apporter trop de soins et d'attention dans le diagnostic des maladies de foie. Il faut soupçonner l'hépatite latente, ne pas la méconnaître lorsque des accès intermittents plus ou moins réguliers simulent une simple fièvre palustre ; il faut ne jamais négliger d'explorer exactement la région hépatique. La marche de l'hépatite, si insidieuse ou si rapide qu'elle soit, peut être arrêtée par le traitement, qui devient aléatoire lorsque des lésions plus graves, comme l'abcès, ont eu le temps de se former. Comme la congestion est le point de départ de toutes les altérations de texture de la glande, le diagnostic qui la reconnaît est d'une grande importance, le traitement pouvant prétendre, à ce moment, à un succès qui plus tard sera de plus en plus difficile ou douteux.

Le traitement de l'hépatite est renfermé dans des

bornes étroites. De tout temps, les saignées générales et locales ont été préconisées. La saignée a-t-elle plus d'action dans l'hépatite que dans la pneumonie ? Il est permis d'en douter. On peut dire d'une manière générale que la saignée ne convient pas dans la thérapeutique des régions intertropicales, et cela pour deux causes : c'est que l'élément inflammatoire n'y caractérise pas les maladies et, lorsqu'il leur est associé, se montre plus ou moins altéré, et parce que les sujets, acclimatés ou indigènes, à quelques rares exceptions près, sont plus ou moins affectés d'anémie. Dans l'hépatite, une des rares phlegmasies des régions torrides, mais où l'élément phlegmasique est si peu franc, l'incertitude de prévenir la suppuration devra faire renoncer à la saignée, dont les conséquences seront une convalescence plus difficile ou une aggravation fâcheuse de l'état cachectique qu'amène la suppuration hépatique. Dans l'hépatite suppurante qui succède à la dysenterie, l'élément phlegmasique spécial sera-t-il enrayé par la saignée qui aggravera l'état adynamique déjà si prononcé des sujets?

Le calomel, préconisé par les médecins anglais, et qui, tout en agissant comme dérivatif, activerait la sécrétion biliaire et exercerait une influence favorable sur la circulation du foie, est passible des mêmes objections, soit qu'on l'administre dans le but de déterminer la salivation, soit qu'on cherche à prévenir celle-ci. Inutile si la suppuration a commencé, funeste si le sujet est déjà cachectique, le calomel ne semble pas avoir d'autre efficacité que celle de tout autre purgatif; et les résultats aléatoires qu'on attend de ses doses élevées ou fréquemment répétées sont loin de compenser ses effets sur le malade, dont il augmente l'adynamie et aggrave la cachexie.

Les émissions sanguines locales, sans avoir les inconvénients de la phlébotomie, paraissent jouir de quelques avantages, surtout celles qui sont pratiquées à la région anale. Faites sur la région du foie, elles atténuent la douleur. Les cataplasmes émollients et les onctions d'onguent mercuriel sont prescrits, ainsi que les grands bains, pendant toute la durée du traitement, soit que l'inflammation marche vers la résolution, soit que la suppuration s'établisse.

Les purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, le petit-lait manné, le calomel à la dose d'un gramme, le sulfate de soude ou de magnésie, font partie du traitement de la première période de l'hépatite. Ils ont une utilité que l'expérience a plutôt confirmée qu'elle ne l'a réellement appréciée. Ils sont surtout indiqués lorsqu'il existe de la constipation.

Les vomitifs, tartre stibié et ipéca, indiqués seulement dans la première période de l'hépatite lorsqu'il existe des signes d'embarras gastrique, peuvent devenir nuisibles quand les foyers purulents se sont formés. Le tartre stibié a été employé à haute dose par les médecins de la marine dans l'hépatite au Sénégal. « J'ai prescrit l'émétique à haute dose, écrit M. Béranguier[1], en même temps que des applications de sangsues ou de vésicatoires étaient faites. Chez presque tous, la tolérance s'est promptement établie, et deux ou trois potions stibiées ont suffi pour amener la résolution de la phlegmasie. Tous les symptômes d'acuïté se dissipaient avec une rapidité qui nous étonnait. Le traitement nous a paru si heureux dans ses résultats, que nous nous sommes dé-

[1] Service médical de l'hôpital Saint-Louis. Dernier trimestre 1854. Voir Dutroulau, *loc. cit.*, p. 521 et 522.

cidé à l'employer désormais d'une manière exclusive dans tous les cas qui se présenteront. » M. le docteur Lepetit, médecin en chef de la marine, a eu également beaucoup à se louer de cette médication. Plus tard encore, en 1858, M. Thése l'a préconisée dans ses rapports dans les termes suivants : « Nous avons obtenu d'heureux résultats de l'emploi combiné des émissions sanguines locales et des potions stibiées. L'émétique à dose razorienne réussit à merveille, et quoique les préparations mercurielles rendent d'immenses services dans les maladies du foie, nous leur préférons souvent, dans l'hépatite dégagée de toute complication dysentérique, le tartre stibié. Nous terminons par les frictions mercurielles, les vésicatoires et l'eau de Vichy. »

Le traitement de l'hépatite ne peut être formulé d'une façon uniforme pour tous les cas. Il doit être modifié selon la marche plus ou moins aiguë de l'affection, la constitution du malade et la nature des complications. Les accès pernicieux ou réellement intermittents seront combattus par le sulfate de quinine, qui pourra être administré également avec quelque avantage contre les frissons et les sueurs qui accompagnent l'établissement de la suppuration. L'opium, à petites doses, calme les vives douleurs de la région hépatique et procure un sommeil salutaire. Le vésicatoire appliqué sur l'hypocondre calme la douleur et dissipe la gêne de la respiration. Il peut servir à résoudre l'inflammation, si on l'entretient et si l'on fait à sa surface des onctions d'onguent napolitain. Mais, inutilement douloureux à la période de suppuration, il est trop excitant au début et ne convient que lorsque le malade ne présente pas cet éréthisme nerveux qui réclame l'emploi des bains et des préparations

opiacées. Si c'est la dysenterie qui complique l'hépatite, on aura recours, suivant la gravité des symptômes, aux applications de sangsues ou de ventouses sur l'abdomen suivant le trajet du côlon, au petit-lait manné, au calomel et aux lavements appropriés à la nature des selles.

Dans la forme chronique de l'hépatite, il faudra insister pendant assez longtemps sur l'usage des purgatifs, tels que le calomel, la rhubarbe, la manne, les purgatifs salins légers. Le calomel, l'opium, les pilules de Segond conviennent dans les cas où il existe des accidents diarrhéiques. Les onctions mercurielles sur l'hypocondre, les cataplasmes, les bains simples ou alcalins, seront employés dans cette forme qui exige un régime doux et substantiel, quelques toniques amers associés à l'usage interne des eaux minérales alcalines.

Il ne faut pas craindre, lorsque l'inflammation est tombée, d'alimenter dans une certaine mesure son malade; il faut quelquefois même le tonifier. En effet, il doit être mis à même de résister à l'épuisement qu'amène le travail de suppuration, surtout lorsque l'abcès est incisé ou s'ouvre spontanément; il doit aussi, lorsque la phlegmasie tend à se résoudre, faciliter cette terminaison par le maintien des bonnes conditions générales. L'expectation est commandée quand l'exploration ne découvre ni tumeur ni fluctuation qui indique que l'abcès doive se faire jour à l'extérieur. Si l'abcès se rompt dans la plèvre, on pourrait tenter la thoracentèse. Si le pus se dirige vers les poumons, et que les symptômes d'une pneumonie apparaissent, on devra prescrire la digitale et les opiacés, suivis des vésicatoires lorsque la fièvre est tombée. Quand la suppuration s'épanche dans les bronches, les opiacés sont utilement employés pour

modérer la toux et calmer les symptômes du côté de la respiration. Il faut tâcher de maintenir les forces du malade qui doit, pendant un temps plus ou moins long, évacuer le contenu du foyer purulent et contribuer ensuite à une œuvre bien plus lente, à la résorption des résidus de l'exsudation pleurétique et de l'infiltration inflammatoire du poumon. Dans les cas où l'abcès s'ouvre dans l'estomac ou dans le canal intestinal, le repos absolu doit être prescrit tout d'abord pour ménager les adhérences. L'évacuation ultérieure du pus sera favorisée par les boissons adoucissantes et les lavements émollients. Le repos absolu est également commandé, ainsi que les opiacés, lorsque le pus s'épanche dans une cavité close comme la plèvre et le péritoine. Modérer les souffrances, c'est tout ce qu'on peut d'ordinaire dans ces cas qui sont au-dessus des ressources de l'art.

« Si l'abcès se dirige vers l'extérieur, dit Frérichs[1], on n'hésitera pas à lui ouvrir une issue artificielle. D'habitude, la collection purulente est déjà considérable, lorsque la fluctuation devient évidente ; aussi, plus son évacuation est tardive, plus est grand le danger soit d'un épanchement dans l'abdomen, soit d'une désorganisation étendue du foie, soit, enfin, de la formation d'un kyste à parois dures et rigides, qui est difficile à se cicatriser. On ne doit pas toujours attendre que la fluctuation se produise, ou que les parois abdominales soient œdématiées, car ces symptômes peuvent n'apparaître que tard, notamment dans les espaces intercostaux ; dans cette région, il suffira que les fausses côtes se projettent en dehors et que les espaces intercostaux soient

[1] *Loc. cit.*, p. 397.

comblés pour que l'opération soit justifiée. En opérant, on devra chercher à rendre impossible le passage du pus dans la cavité abdominale, et l'on satisfera particulièrement bien à cette condition, en imitant la pratique de Bégin et celle de Récamier. »

Il est peut-être bon d'apporter quelques restrictions à cette appréciation de Frérichs, en se rappelant que la temporisation expose à un péril moins grand et surtout moins immédiat que l'incision prématurée des abcès du foie. Que si la sensation manifeste de fluctuation indique la formation nécessaire des adhérences péritonéales, l'empâtement œdémateux du tisssu cellulaire implique seulement, mais non d'une manière constante, l'existence de la suppuration, et n'indique nullement que des adhérences se soient constituées. L'immobilité de la tumeur, dans les différentes positions que prend le malade, la ponction exploratrice avec un trocart fin dont la canule laissée en place donne quelques gouttelettes de pus et ne subit aucune déviation par suite des mouvements imprimés au tronc, viennent apporter au diagnostic quelques éléments de certitude de plus, mais non d'une certitude absolue. Ce n'est que lorsque le chirurgien a toutes les raisons de croire aux adhérences qu'il est autorisé à plonger le bistouri dans la collection purulente et à pratiquer une incision suffisamment grande pour donner au pus une issue facile.

Comme ces adhérences sont loin d'exister dans tous les cas, on a inventé différents procédés qui ont pour but de les provoquer avant l'incision qui donne passage au pus. Je ne décrirai pas le procédé de Bégin et celui de Récamier, devenus classiques; je ne discuterai pas non plus leur mérite respectif. Si l'ouverture de l'abcès par

la cautérisation est une pratique sûre, elle exige beaucoup de temps avant que le résultat cherché soit atteint; aussi n'est-elle pas applicable à tous les cas. Il est des circonstances où la marche plus prompte des accidents nécessite l'opération par le bistouri.

La pratique des médecins anglais dans l'Inde est présentée dans le résumé d'une discussion assez vive entre les docteurs Cameron et Maclean, relativement au traitement des abcès du foie. Je détache cette page du livre de Frérichs [1] :

« Le docteur Cameron proteste énergiquement contre l'interdiction de toute intervention opératoire énoncée dans le *Manuel des maladies de l'Inde* [2]. Se fondant sur la pratique de Murray et des Halkims de l'Inde, ce médecin n'hésite pas à plonger un trocart profondément dans le foie, non-seulement lorsque l'existence d'un abcès est certaine, mais lors même qu'elle n'est que soupçonnée. Dans les cas où cette exploration a été faite sans qu'on rencontrât de foyer, il n'en est résulté aucun accident, et l'on a même observé une diminution de volume de l'organe. Le danger de cette opération est infiniment moindre que celui que l'on fait courir au malade, en donnant à l'abcès le temps de détruire complétement le foie avant de se faire jour, et en laissant la fièvre hectique ruiner les forces.

« Le procédé consiste à enfoncer simplement un trocart de grosseur moyenne dans le point où l'abcès est le plus voisin des téguments. Cette indication est fournie par la saillie appréciable à l'extérieur, l'effacement des

[1] *Loc. cit.*, p. 400. (La discussion tout entière se trouve dans *the Lancet*, 1862.)

[2] *Manuel des maladies de l'Inde*, 1862.

espaces intercostaux, l'œdème, ou, quand ces données manquent, par la douleur que la pression avec le doigt détermine dans une profonde inspiration. Enfin, en l'absence de tout indice positif, le chirurgien se guidera sur l'aspect général du côté, et sur cette impression inexplicable que l'expérience seule donne.

« La canule du trocart est fixée dans le foyer, l'écoulement est favorisé par le décubitus sur le côté malade, soutenu au moyen de coussins et par des pressions douces exercées par le chirurgien.

« Le docteur Cameron cite, à l'appui de sa manière de voir, trois observations qui lui sont personnelles. Dans l'une, un abcès du lobe droit fut ouvert vers l'angle des côtes, quoique l'état général du sujet fût si grave, que les consultants étaient opposés à l'opération ; le malade guérit et put être employé ensuite comme policeman. Dans le deuxième cas, l'abcès siégeait dans le lobe gauche et faisait une légère saillie à l'épigastre. La ponction fut faite le 23 février et la guérison était complète le 13 avril.

« Dans le troisième fait, l'abcès paraissait siéger dans le lobe droit ; il n'y avait pas de saillie, mais seulement un élargissement général de la région. La ponction fut faite au niveau de la partie moyenne des espaces intercostaux, où la pression exercée pendant l'inspiration semblait concentrer l'acuïté de la douleur. Le trocart pénétra à plusieurs pouces avant de rencontrer un défaut de résistance. Bien que la canule se fût échappée dès le lendemain et ne put être replacée, la plaie guérit sur-le-champ et l'abcès ne se reproduisit pas.

« Le docteur Cameron cite, en outre, une observation empruntée à Murray, dans laquelle un vaste abcès du

foie, ouvert dans le poumon droit, fut néanmoins ponctionné à cause de la suffocation, de la toux incessante et de l'expectoration constamment purulente qui épuisaient le malade. Quoiqu'il fût trop tard pour faire plus que ralentir la marche vers la terminaison fatale, l'opération mit le malade dans une position relativement bonne.

« Cette pratique est d'accord avec celle du docteur Templeton, qui explore le foie avec de longues aiguilles ou le trocart, sans en avoir jamais observé de résultats fâcheux. Dans trois cas où l'on pouvait croire à l'existence d'abcès du foie, ce médecin fit des ponctions dans diverses directions, sans rencontrer de pus, et vit tout symptôme disparaître après un ou deux jours. Si des statistiques ne montrent qu'une faible proportion de guérisons à la suite de la ponction, il ne faut pas en conclure que l'opération doive être rejetée, mais plutôt qu'elle a été faite trop tard dans la majorité des cas.

« La statistique nous paraît cependant la seule manière de juger la valeur de l'opération et, à cet égard, l'expérience du docteur Maclean nous semble avoir un grand poids. Il a assisté à une grande partie des opérations de Murray, et il ne se rappelle qu'un cas heureux : l'abcès était dans le lobe gauche et pointait à l'épigastre. Il a lui-même pendant dix ans soumis la ponction des abcès hépatiques à un examen très-patient, et il n'a pas obtenu un seul succès. Plus tôt ou plus tard, les tissus avoisinant la ponction se sphacélaient et la mort arrivait promptement. L'opération fut pratiquée d'une foule de manières : quelquefois on fit l'ouverture oblique pour éviter l'entrée de l'air ; dans d'autres cas, on employa un trocart muni d'une canule avec robinet ; d'autres

fois on se servit d'un simple trocart, à la façon du docteur Cameron.

« Pour le docteur Maclean, si l'on excepte les cas, comparativement rares, dans lesquels l'abcès du foie s'ouvre dans le péricarde ou le péritoine (on doit ajouter dans la plèvre), la route la plus dangereuse qu'il puisse prendre est à la surface, à moins qu'il ne soit petit et situé dans le lobe gauche. La voie qui donne la proportion de guérisons la plus large est sans contredit à travers le poumon doit. Vient ensuite l'évacuation par l'intestin. »

Quel que soit le procédé employé pour l'ouverture de l'abcès du foie, celui de Bégin ou celui de Récamier, les conséquences ultérieures sont les mêmes. Il s'écoule un temps plus ou moins long avant que la suppuration se tarisse et que la poche se ferme. Le pansement doit faciliter le plus possible l'écoulement du pus, tout en empêchant le trop libre accès de l'air dans la plaie. Une grosse sonde ou une mèche introduite dans l'ouverture, un linge fenêtré et glycériné et des plumasseaux de charpie, composent le pansement, qui doit être renouvelé avec soin. Dans le cas seulement où le pus deviendrait fétide et sortirait difficilement, on aurait recours à des injections de permanganate de potasse. Quand, au lieu de se fermer, la cavité tend à persister en fournissant un liquide séro-purulent, il existe, d'après Rouis, un engorgement inflammatoire qui s'oppose à la guérison. Il conseille, dans ce cas, l'usage interne et externe des eaux sulfureuses chaudes, dont l'action serait plus efficace que celle des révulsifs et des injections iodées.

La diététique, nous l'avons dit, est une partie impor-

tante du traitement de l'hépatite suppurée. Chez les malades qui ont à faire les frais du travail de cicatrisation qui suit l'ouverture d'un abcès hépatique, les forces doivent être maintenues avec soin par l'alimentation et, au besoin, par des toniques. Enfin, après la guérison, que l'hépatite se soit terminée par la formation d'un abcès ou bien par la résolution, il est prudent de chercher à prévenir la récidive ou de tâcher de modifier profondément les conditions de l'économie. Aussi le médecin fera-t-il bien de conseiller au petit nombre de ceux qui le peuvent d'aller refaire leur constitution détériorée ou affaiblie par l'anémie, par un séjour un peu prolongé dans les climats froids ou tempérés et de modifier l'état des voies digestives et de leurs annexes par une ou deux saisons passées à Ems, à Vichy ou à Pougues.

ARTICLE II. — Ictères.

Il y aurait une étude intéressante à faire : celle des colorations diverses, morbides ou simplement anomales, rencontrées sur les races différentes qui habitent les pays tropicaux. Ces colorations, lorsqu'elles sont morbides, sont ordinairement qualifiées d'ictère, de teintes subictériques, désignation fâcheuse qui implique la présence des éléments biliaires là où ceux-ci ne se rencontrent cependant pas, qui tend à confondre des états pathologiques très-distincts, et qui rapproche certaines affections bien caractérisées des pays chauds d'autres maladies très-différentes observées dans la zone tempérée. Pour ne prendre qu'un seul exemple, le plus frappant d'ailleurs, n'est-ce pas ce mot d'*ictère* qui, même dans

des livres recommandables, établit ce perpétuel rapprochement entre l'ictère grave et la fièvre jaune ? La suffusion du premier est toute bilieuse ; la coloration jaune de la seconde n'est nullement due aux éléments de la bile. Rien d'identique ; une apparence trompeuse et une même désignation perpétuant une erreur capitale. Le mot *ictère*, en effet, qui, à l'origine, ne voulait rien dire, a fini par prendre une signification précise, et par indiquer la présence dans le sang des éléments de la bile.

Celui qui voudrait étudier les colorations morbides et anomales sous la zone tropicale se heurterait à des difficultés sans nombre. L'insolation et les autres conditions météorologiques n'impriment pas les mêmes teintes aux populations méridionales de l'Europe, au colon d'Afrique et au colon des Antilles. Au lieu des tons orangés et olivâtres de l'homme du Midi, de la nuance rouge-brune, terreuse du colon africain, le colon blanc, européen ou créole, aux Antilles, a la peau décolorée, hâlée, et plus ou moins jaunie. La teinte subictérique est celle de beaucoup d'individus qui n'ont, hors l'anémie propre au climat, aucun trouble de la santé, aucune altération hépatique. La coloration des métis passe par les tons d'une gamme qui va du blanc au noir. En dehors de toute condition morbide, sous les seules influences plus ou moins complétement subies de la chaleur et de la lumière, la teinte ne reste pas constante pour le métis ; elle change souvent de plusieurs tons pour le même individu, en se rapprochant du blanc, ou plus ordinairement du noir. Ces modifications se produisent avec les progrès de la croissance. Dans quelques circonstances, elles ne se montrent que pendant l'adolescence et la jeunesse. Alors, en quelques années, le métis qui était même très-

rapproché du blanc brunit et noircit jusqu'à ressembler au nègre; et, chose remarquable, ses cheveux, primitivement plats et lisses, prennent l'apparence terne et laineuse.

Ces oscillations extrêmes sont rares. C'est à la chaleur et à la lumière solaires, si intenses sur le littoral, qu'il faut attribuer la coloration singulière de certains mulâtres qui l'habitent ; coloration qui, d'ailleurs, tient en partie à une cause morbide. Le visage, le cou, les mains, les poignets, toutes parties exposées, sont rouge brique, fendillés, squammeux. Cette coloration, qui se rencontre aussi chez le blanc dans les mêmes conditions, rappelle celle de la pellagre et succède définitivement à une série de ces érythèmes désignés aux Antilles sous le nom de *coup de soleil.*

Le teint qu'on pourrait appeler hépatique n'est pas rare à observer, aux colonies, sur le créole blanc et sur l'Européen créolisé. Souvent sans relation de causalité avec l'ictère, il est lié, dans d'autres circonstances, à des états morbides différents de la glande hépatique. Les affections du foie, sans être très-variées, sont fréquentes sous la zone tropicale. Les maladies auxquelles les colorations ictériques et subictériques donnent un cachet plus ou moins marqué sont aiguës ou chroniques. Nous verrons la part qui, dans leur symptomatologie, doit être attribuée à l'élément bilieux ou hépatique.

La dysenterie est très-rarement accompagnée de cholémie, si fréquente que soit la complication hépatique. Celle-ci, plus ou moins grave selon les cas, consiste en une simple hyperémie, en une inflammation plus ou moins étendue ou profonde, ou en un ou plusieurs abcès. Les teintes que prend la peau chez les dysentériques

proviennent de la décoloration anémique. Dans la diarrhée chronique qui finit par amener une cachexie profonde, spéciale, sèche, et, par ce dernier caractère, si différente de la cachexie palustre, la peau perd sa souplesse, se ride, devient granuleuse et furfuracée, et, chez le blanc, acquiert une couleur bistre, terreuse ou jaune sale, rappelant la coloration de la cirrhose. L'altération du foie est importante et caractéristique : c'est l'atrophie avec décoloration allant au jaune fauve, sans modification notable de la consistance du tissu. Cette altération, qui se rapproche plutôt de l'atrophie chronique simple que de la cirrhose, a-t-elle une part réellement effective dans l'apparition de ces teintes subictériques ? Il est permis d'en douter.

L'impaludation, qui imprime à ceux qui l'ont subie assez longtemps ou assez profondément pour devenir cachectiques une teinte ou plutôt une décoloration spéciale, est une des causes les plus actives des affections hépatiques sous les tropiques. Ces altérations sont aussi fréquentes que celles de la rate ; c'est d'abord l'hyperémie, que suit l'hypertrophie avec induration ou à laquelle succède plus rarement le ramollissement avec atrophie légère. Avec les récidives et la durée de la fièvre, ces caractères se prononcent davantage ; le foie se décolore et paraît comme anémique. Dans la cachexie, son aspect rappelle le foie gras, et tantôt son volume est réduit, tantôt il est augmenté au point de déborder les fausses côtes de plusieurs travers de doigt. Chez quelques malades seulement, on constate un véritable ictère, ordinairement de longue durée, avec tous ses caractères distinctifs. Chez le plus grand nombre, la couleur cachectique est indépendante de toute suffusion bilieuse. Les

lésions spléniques et hépatiques ne sont pas constantes dans les fièvres intermittentes des régions tropicales, et, dans les cas où elles font défaut à l'autopsie, la teinte spéciale, dont les nuances varient, n'en a pas moin été constatée.

Les hyperémies hépatiques, si fréquentes dans ces régions, sont souvent liées à la dysenterie, à la diarrhée chronique et aux fièvres palustres, mais souvent aussi elles en sont indépendantes, et, dues aux seules influences du climat, elles déterminent une hypertrophie de l'organe, légère ou prononcée, momentanée ou persistante et compatible même, dans une certaine mesure, avec les conditions de la santé. Les congestions actives du foie sont parfois accompagnées d'ictère ; souvent, ne le présentent pas. Les abcès, nous l'avons vu, qu'ils succèdent à l'hépatite aiguë ou qu'ils se forment sans produire de symptômes réactionnels évidents, ne donnent lieu à un véritable ictère que dans un nombre limité de cas. Ces lentes hyperémies, qui causent l'hypertrophie de la glande, sont quelquefois suivies d'ictères qui persistent ensuite des mois et même des années ; le plus souvent l'hypertrophie existe sans ictère, ou, du moins, la décoloration anémique ou le teint plus ou moins jaune des sujets ne saurait être attribué à une suffusion biliaire. Souvent même, ceux qui présentent un certain degré d'hypertrophie hépatique compatible avec la santé ont une coloration subictérique beaucoup moins prononcée que des individus qui n'ont aucune altération organique ou fonctionnelle du foie.

Dans les affections aiguës et chroniques où, malgré l'intensité de la coloration ictérique, l'acide azotique ne fournit pas, au contact de l'urine, la réaction caractéris-

tique de la cholémie, la série d'oxydations qui fait passer la matière colorante de la bile successivement au vert, au bleu, au violet et au rouge, comment interpréter l'apparition de cette coloration générale du sujet? Dans les pays tempérés, certaines maladies, comme l'infection purulente, des fièvres graves avec accidents cérébraux, présentent la coloration ictérique. Dans l'intoxication saturnine, l'ictère véritable dû à la suffusion biliaire s'observe exceptionnellement; l'ictère saturnin, symptôme spécial, au contraire, peut se montrer très-intense avec des urines très-foncées en couleur, mais avec lesquelles l'acide azotique ne donne pas les mutations de couleur qui décèlent la matière colorante de la bile.

En présence de ces particularités, une opinion ingénieuse, que semblent appuyer d'autres faits appartenant à la pathologie des pays chauds, a été émise par M. Gubler[1] sur la genèse de ces ictères. Pour les attribuer à la suffusion biliaire, il faudrait supposer que la matière colorante de la bile a subi des modifications qui rendent désormais impossible la réaction spéciale que l'acide azotique détermine dans les urines. « Mais remarquons, ajoute cet observateur distingué, que cette réaction est un caractère essentiel de la bile, et qu'à moins d'observations concluantes établissant la possibilité de son absence dans la biliphéine modifiée, on n'est pas autorisé à s'en passer pour diagnostiquer ce principe immédiat. Ensuite le phénomène comporte une autre explication plus plausible. Puisque la teinte des urines a présenté des modifications parallèles à celles de la peau, il est probable que dans la sécrétion rénale comme dans les

[1] *Union médicale*, 1857, t. II, p. 124.

tissus, la coloration reconnaissait la même cause. Et comme dans l'urine elle était due à une matière jaune différente de celle de la bile, mais paraissant n'être autre chose que la matière colorante de l'urine plus ou moins modifiée ; comme, d'autre part, l'urine renferme normalement une substance colorante qui a la plus grande analogie avec celle de la sérosité du sang, il est permis de se demander si la jaunisse ne serait pas due ici à l'accumulation de cette dernière matière colorante, c'est-à-dire à l'hémophéine.

« Dans cette manière de voir, on pourrait désigner l'ictère particulier dont il s'agit sous le nom d'*ictère hémophéique*, pour le distinguer de la jaunisse vulgaire ou bilieuse, qu'on appellerait *ictère biliphéique*, du nom de biliphéine, donné en commun par Berzelius à la biliverdine et à la bilifulvine. »

En se plaçant à ce point de vue, on se rendrait mieux compte de la nature de la suffusion jaune qui caractérise certaines fièvres graves, intermittentes, rémittentes ou pseudo-continues, avec ou sans vomissements noirs, observées aux Antilles. On saisirait mieux le caractère de la coloration ictérique de la fièvre jaune, et dès lors cesserait la regrettable confusion de symptômes qui en rapproche des maladies aussi dissemblables que l'ictère grave et la fièvre à rechutes (*relapsing fever*), désignée quelquefois sous le nom de *mild yellow fever* (fièvre jaune bénigne). L'ictère des fièvres graves des Antilles et l'ictère caractéristique de la fièvre jaune, qui succède aux phénomènes congestifs et se prononce de plus en plus dans la deuxième période, seraient des ictères hémophéiques. L'urine traitée par l'acide nitrique ne prend pas la teinte verte qui indique la présence de la matière

colorante de la bile. Le vomissement noir et les différentes hémorrhagies révèlent, dans les deux cas, la profonde altération du sang.

Dans un certain nombre de cas de fièvre jaune, à la fin de la seconde période, et comme un symptôme favorable, à l'ictère hémophéique succède l'ictère biliphéique. Alors, en effet, l'acide azotique donne avec l'urine les mutations de couleur qui appartiennent à la matière colorante de la bile.

La fièvre bilieuse des pays chauds est accompagnée d'un ictère véritable. Les urines, semblables à du vin de Malaga, à de l'encre, à de l'infusion de café, ne doivent pas leur coloration à la présence de la bile, mais à celle du sang. L'addition de l'acide azotique dans ces urines produit instantanément un coagulum albumineux dont l'abondance est en rapport avec l'intensité de la coloration du liquide ou, en d'autres termes, avec la quantité du sang contenu. Le microscope retrouve d'ailleurs dans l'urine les globules sanguins irrégulièrement déformés. Les vomissements sont abondants, jaunes, vert clair, vert foncé; les selles sont également bilieuses. L'état fébrile tient l'ictère et l'hématurie sous sa dépendance; ceux-ci augmentent avec les redoublements et diminuent avec les rémissions. L'ictère commence avec l'accès, qui est un véritable accès jaune ou bilieux dont les teintes vont du jaune safran au jaune d'ocre. Les lésions anatomiques principales sont l'hyperémie de la rate, du foie et des reins, avec augmentation de volume de ces glandes. Le foie rouge-brun, tuméfié sans déformation, est engorgé de bile et de sang. Les tissus blancs de l'économie sont colorés en jaune. Le sérum du sang traité par l'acide azotique donne un coagulum albumineux d'une

teinte verdâtre ou jaune clair. La sérosité du péricarde, lorsqu'elle est colorée en jaune, révèle, au contact du réactif, la présence de la matière colorante de la bile.

L'ictère symptomatique des hydatides du foie, qui est assez rare à rencontrer, n'a peut-être jamais été observé aux Antilles. L'affection hydatique y semble inconnue. Ces vers vésiculaires, d'après M. Guérault[1], bien plus fréquents dans certains pays que dans d'autres, revètent en Islande le caractère épidémique et y affectent le sixième de la population. Ils sont, au contraire, très-rares aux États-Unis et dans l'Inde. La cirrhose et le cancer ont une influence limitée sur la production de l'ictère. La coloration de la peau et de l'urine est peu prononcée ou très-intense, suivant qu'il n'y a qu'une compression incomplète ou que le cancer forme obstacle au cours de la bile dans le foie, ou entre celui-ci et le duodénum. L'ictère symptomatique du cancer persiste jusqu'à la fin, et ce caractère de permanence le distingue d'autres ictères accidentellement développés. D'après Frérichs[2], l'ictère aurait peu de valeur comme symptôme du cancer du foie et manquerait 52 fois sur 91. Dans la pratique, aux Antilles, on ne doit le rencontrer que très-exceptionnellement. Le cancer du foie et le cancer de l'estomac y sont deux maladies très-rares.

L'ictère par rétention de la bile dans le foie, à la suite de l'oblitération du canal hépatique ou cholédoque, dans les affections des voies biliaires, est sans doute aussi fré-

[1] *Thèse de Paris*, 1857. Observations médicales recueillies pendant le voyage scientifique de S. A. I. le prince Napoléon dans les mers du Nord.

[2] *Loc. cit.*, p. 646.

quent dans les pays chauds que dans les pays tempérés. La lithiase biliaire est une affection que j'ai observée aussi souvent chez le blanc que chez le nègre. J'ai vu plusieurs cas d'ictère lié à la colique hépatique.

Après avoir énuméré les principales maladies dans lesquelles l'ictère peut se traduire comme un symptôme plus ou moins fréquent, je n'entreprendrai pas d'étudier l'ictère lorsqu'il semble constituer, presque à lui seul, une affection particulière. Je ne m'arrêterai qu'incidemment, à l'occasion de l'ictère grave et de l'ictère épidémique, à l'examen de quelques-unes des opinions controversées relatives à la présence des éléments de la bile dans le sang.

On a dit que les climats chauds prédisposaient particulièrement à l'ictère. D'après mes observations et mes souvenirs, ce serait une assertion inexacte pour l'ictère simple, qui n'est pas plus commun aux Antilles qu'en France. Le climat n'apporte aucune modification dans la symptomatologie. Tout au plus y a-t-il quelques traits de changés dans l'apparence extérieure, par suite des teintes plus ou moins foncées de la peau chez les races tropicales.

Chez le nègre, par exemple, l'ictère, quelle que soit son intensité, apparaît difficilement sur l'enveloppe cutanée. Celle-ci devient terne, salie, noir verdâtre. Chez le mulâtre, où elle est naturellement jaune, elle prend des tons sales et orangés. Pour tous les deux, la teinte ictérique se découvre mieux à la paume des mains et à la plante des pieds. Mais c'est surtout à la conjonctive qu'elle est manifeste. La coloration jaune de l'œil tranche sur la couleur noire de la peau.

Il semblerait qu'avec les conditions du climat qui im-

priment à la glande hépatique un surcroît d'activité, et les conditions de la pathologie tout entière qui apportent aux maladies un caractère de malignité, l'ictère grave dût être une affection fréquente aux Antilles. Il est loin cependant d'en être ainsi. A la Martinique, hors quelques cas observés dans des circonstances spéciales pendant une épidémie d'ictère, je n'ai rencontré qu'une seule fois l'ictère grave chez un malade de M. le docteur Rougon. Je transcris l'observation recueillie par mon collègue :

Ictère grave. — Je fus appelé, le 4 juin 1857, près d'un malade qui, me disait-on, depuis vingt-quatre heures rendait du sang par le nez et par la bouche, sans qu'on pût parvenir à arrêter ces hémorrhagies... C'était un mulâtre de trente-six ans, bien constitué, fournissant les renseignements suivants : Il y a quatre jours, après avoir éprouvé un peu de malaise, diminution de l'appétit, amertume de la bouche, sans fièvre, survint une légère coloration jaunâtre des conjonctives. Le lendemain, la teinte ictérique s'accentua davantage, la faiblesse fut plus marquée ; la constipation était prononcée. Le malade dut prendre le lit, et le jour suivant, troisième du début, avec la suffusion ictérique sur le visage et sur les autres parties du tégument externe, apparut l'épistaxis, d'abord faible, puis de plus en plus abondante. Ni frisson, ni fièvre.

Le malade accuse un peu de céphalalgie revenant quelques instants avant le redoublement de l'hémorrhagie nasale. L'intelligence est nette, les traits du visage sont altérés, la prostration marquée, la langue sèche, la soif vive. Sentiment de pesanteur et de plénitude à la région épigastrique, qui est un peu douloureuse ; pas de douleur à la région du foie ; la palpation et la percussion ne dénotent ni augmentation ni diminution dans le volume de l'organe ; même observation pour la rate. Le pouls est à 65, mou ; la respiration un peu

anxieuse ; les urines, peu abondantes et traitées par l'acide azotique, donnent la réaction caractéristique de la bile. Ce malade n'a pas eu de fièvres intermittentes, il est sobre et ne fait pas abus de liqueurs alcooliques. Avant-hier, il a eu trois selles provoquées par un purgatif. (Insufflation d'alun, de tannin dans les narines ; boissons acidules glacées ; potion au perchlorure de fer ; lavement de quinquina au vin.)

Le soir, l'épistaxis est plus abondante ; le malade a eu des nausées suivies de vomissements de matières noirâtres, marc de café ; la langue est sèche avec des stries de sang concrété ; les gencives et les dents ont le même enduit ; une garde-robe contient une notable quantité de sang ; teinte jaune safranée des muqueuses oculaire et palpébrale ; pas d'albumine dans les urines, notable proportion de biliverdine. Le pouls est faible et la prostration augmente. (Mêmes moyens, injection de perchlorure de fer dans les fosses nasales, léger tamponnement pour la nuit.)

Le lendemain, le malade est visité par le docteur Saint-Vel. Les hémorrhagies redoublent. Taches ecchymotiques sur le tronc et sur les membres. Dans la soirée, soubresauts de tendons, carphologie ; délire la nuit ; mort dans la matinée, au septième jour du début de la maladie.

Autopsie. — Teinte ictérique très-prononcée aux conjonctives, moins marquée sur le reste du corps. Ecchymoses non-seulement sur le plan déclive du cadavre, mais sur la poitrine, les bras, la partie antéro-interne des cuisses et le scrotum. L'estomac contenant du sang altéré, ainsi que l'intestin grêle et le gros intestin ; pas de ramollissement de la muqueuse ; arborisations vasculaires nombreuses. Le foie paraît normal ; pas de décoloration, pas de ramollissement ; vésicule distendue par de la bile poisseuse. Rate saine ; rien de particulier à noter pour les reins et la vessie ; cœur à l'état normal. Congestion des poumons. Le crâne n'a pas été ouvert.

Nous n'avons pas hésité à considérer ce cas comme un

ictère grave, essentiel. C'est le seul diagnostic qui pût satisfaire et aux symptômes et à la nécropsie. En effet, pas d'appareil fébrile intermittent, rémittent ou continu; pas d'influence palustre; un peine un léger embarras gastrique au début; pas d'altération dans le volume, la couleur, la consistance du foie et de la rate; pas de ramollissement de la muqueuse stomacale; intégrité des organes urinaires, glandes et réservoir. Voilà, à notre point de vue, autant d'éléments distinctifs avec la fièvre bilieuse grave.

N'était-ce pas, ajoute le docteur Rougon, le prélude de cette épidémie d'ictère qui, à quelques mois de là, devait éclater dans la même localité et avoir aussi ses décès?

Cette observation ne saurait être non plus attribuée à la fièvre jaune. Le sujet appartient à une race pour laquelle l'immunité est absolue aux Antilles. La fièvre et les autres symptômes réactionnels font défaut au début. L'invasion violente de la fièvre jaune, les douleurs de reins prononcées, le malaise extrême des malades ne peuvent être comparés qu'au début d'une variole confluente, tandis que, dans l'ictère grave, il est bien rare que la période initiale soit marquée par la violence des symptômes. Un des premiers signes, c'est la jaunisse, dont la teinte suffit presque toujours pour la distinguer de la suffusion jaune pâle appartenant à la fièvre jaune et succédant au visage et à la conjonctive à la teinte acajou et à l'injection rouge. Les urines, plus rarement supprimées dans l'ictère, contiennent toujours une grande quantité de biliverdine. Dans la fièvre jaune, les urines ne donnent pas, avec les réactifs, les mutations de couleur qui y décèlent la présence de la matière colorante de la bile; elles sont rouges et rares, et se suppriment souvent. Enfin, dans quelques cas seulement, la

fièvre jaune, après avoir parcouru ses deux périodes de réaction et d'adynamie, présente, à la fin de cette dernière, les symptômes d'un ictère véritable, dont les réactifs démontrent la nature par les colorations successives et caractéristiques que prennent les urines. Cet ictère consécutif à l'évolution d'une maladie aussi bien caractérisée que la fièvre jaune ne peut naturellement pas être confondu avec l'ictère grave.

Bien qu'il y ait à regretter, dans cette observation, que la substance du foie n'ait pas été examinée au microscope, on est autorisé à penser que le foie ne présentait pas les caractères anatomiques de l'*atrophie jaune aiguë* des auteurs allemands. Il résulte, en effet, de la destruction plus ou moins généralisée des cellules hépatiques que le volume et le poids de la glande sont diminués dans la proportion d'un tiers, de la moitié et même des deux tiers. Le parenchyme mollasse et fané s'affaisse, et la capsule de Glisson devient opaque et se ride comme une enveloppe trop large pour son contenu. L'intégrité apparente du foie, dont le volume, l'aspect et la consistance n'étaient pas changés, doit plutôt faire rapporter les altérations à l'hépatite diffuse parenchymateuse, première phase de l'évolution du travail phlegmasique qui peut s'arrêter ou arriver, par une rapide progression, à la destruction des cellules, destruction qui cause l'atrophie aiguë. L'hépatite diffuse et l'atrophie aiguë constitueraient, d'après Frérichs, l'ensemble morbide auquel on donne d'habitude le nom d'*ictère grave*.

Arrêtons-nous sur quelques points de cette difficile étude de l'ictère grave. Il est nécessaire de les examiner à propos des symptômes mortels que l'ictère épidémique va nous présenter bientôt dans des circonstances déter-

minées. Il nous semble, sans vouloir entrer dans les théories plus ou moins incertaines et obscures sur la genèse des lésions cellulaires du foie et les conséquences générales qu'elles entraînent, il nous semble que la lésion hépatique n'a qu'une importance secondaire, pas plus grande que celle des lésions de la rate et des reins, qui, elles aussi, se trouvent souvent dans l'ictère malin ou typhoïde. L'extrême gravité de cet ictère peut se rencontrer dans des cas, ainsi que l'ont observé M. Monneret[1] et M. Robin[2], où les caractères physiques du foie sont conservés et où l'examen histologique ne fournit que des résultats négatifs. Les graves accidents nerveux que n'explique pas l'état anatomique du cerveau et de ses enveloppes doivent être rapportés aux changements survenus dans la composition du sang ; mais cette altération du sang n'a pas sa source dans la lésion du foie, puisque cette lésion n'est pas nécessaire à la production de la maladie. Elle ne dépend pas non plus des troubles fonctionnels des reins, dont les lésions ne sont pas constantes et dont la sécrétion n'est pas toujours supprimée.

Les accidents nerveux ne sont pas la conséquence d'une intoxication biliaire. C'est une proposition qu'établissent l'observation clinique et l'expérimentation. Les expériences de Frérichs[3], répétées par Lebert[4], ont démontré l'innocuité des injections de bile débarrassée de mucus et d'épithélium. La présence d'une grande quantité de bile dans le sang d'animaux vivants n'exerce aucune influence perturbatrice essentielle sur leurs fonctions. Des

[1] *Achives générales de médecine*, 1862, t. XIX.
[2] *Mémoires de la Société de biologie*, 1857, p. 9.
[3] *Loc. cit.*, p. 88.
[4] *Archives de médecine*, 1862, t. XIX, p. 431.

malades, par suite de l'oblitération du canal cholédoque ou par le fait d'autres lésions hépatiques, ont des ictères plus ou moins intenses et persistants, sans présenter de troubles fonctionnels sérieux, sans que jamais l'existence soit mise en péril par la cholémie. Peut-être est-il nécessaire d'apporter une certaine restriction à ce qu'a de trop absolu l'affirmation de l'innocuité de la présence de la bile dans le sang. Si des altérations lentes, comme celles de la cirrhose, par exemple, n'amènent pas des modifications profondes dans la composition du sang et dans les fonctions du système nerveux, il pourrait bien n'en être plus ainsi lorsque l'hématose hépatique est supprimée brusquement, et d'une manière durable. L'ictère qui, en règle générale, n'est qu'un symptôme peu grave, doit cependant imposer toujours une certaine réserve dans le pronostic. En effet, on ne peut jamais en affirmer la terminaison favorable. Les symptômes les plus bénins sont rapidement suivis parfois d'accidents généraux qui amènent la mort. Les accidents nerveux, si graves quelquefois, succèdent à l'ictère et aux hémorrhagies le troisième, le quatrième jour de la maladie, ou seulement une ou deux semaines après le début de celle-ci.

Les phénomènes nerveux et les hémorrhagies dépendent de l'intoxication du sang. Le foie ne sécrète pas seulement de la bile, c'est un organe d'hématose dont la fonction ne peut être supprimée sans que cette suppression ait une action nuisible sur la composition du sang, et un retentissement sur les fonctions du système nerveux. En outre, comme organe sécréteur de la bile, le foie élimine du sang des éléments dont la présence serait sans doute nuisible.

« Notons, dit M. Monneret, dans son travail, qu'une

altération commune, celle du sang, appartient à presque toutes les maladies qui lèsent la contexture du foie : ictère grave, cirrhose, cancer, hépatite, fièvre jaune, bilieuse, affection paludique, toutes ces maladies sont marquées par de grandes et petites hémorrhagies. Ce n'est donc pas la nature de la maladie, mais son siége, c'est-à-dire la fonction de l'organe hépatique, qui fait l'hémorrhagie, puisque l'inflammation, la fièvre, des produits morbides hétérologues, enfin des lésions très-diverses de texture aboutissent au même résultat, l'altération du sang. Nous croyons que l'ictère grave s'attaque bien plus à la fonction hématésique du foie qu'à la formation de la bile, et que le rôle que joue cette glande dans l'hématopoièse est démontré par la série des maladies nombreuses qui peuvent siéger dans le foie. »

Faut-il, avec Budd, pour se rendre compte des phénomènes nerveux consécutifs à l'ictère, attribuer une part assez importante à la lésion du foie dont les éléments cellulaires dissociés et résorbés vont augmenter encore l'altération du sang ? Cette part est également faite par Frérichs. « Je n'accuse pas ici, dit-il[1], les éléments de la bile, car une longue série d'injections m'a convaincu de leur innocuité, mais je cherche la cause de l'intoxication du sang dans la cessation de l'activité hépatique, consécutive à la destruction des cellules, et aussi dans les troubles qu'éprouve la sécrétion des reins. La première de ces causes n'agit pas seulement sur la sécrétion biliaire ; ce ne sont pas seulement certains matériaux destinés à la formation de la bile qui restent dans le sang, mais il y a, en outre, suppression de l'action exercée par

[1] *Loc. cit.*, p. 259.

un puissant organe sur les métamorphoses de la matière, et passage dans le sang des produits de la destruction de la substance glandulaire. »

Cette explication de Frérichs ne saurait complétement convenir aux cas où les reins n'offrent pas d'altérations, où la sécrétion urinaire n'a pas été supprimée et où, les cellules du foie n'étant pas détruites, l'atrophie aiguë n'est pas constatée par l'examen histologique. Des ictères, rapidement mortels, dont la gravité n'est pas la conséquence immédiate de la rétention biliaire, ou ne tient pas à la destruction des cellules hépatiques, reconnaissent évidemment une étiologie différente. C'est alors, en dehors du foie dont l'autopsie ne montre pas les altérations, qu'il faut chercher la cause de l'ictère grave.

« Les symptômes de l'ictère typhoïde, écrit M. Trousseau[1], leur soudaineté, et surtout les signes d'abattement physique et moral rapprochés des symptômes de début des pyrexies et des intoxications, conduisent à penser qu'un poison, une matière morbifique, venue du dehors ou produite dans l'organisme, est la cause de tous ces désordres qui portent d'abord sur le système nerveux, puis sur le foie, la rate, le rein et le cœur... Nous croyons donc que dans l'ictère grave proprement dit (c'est-à-dire celui dont le début est subit et qui ne succède pas à une oblitération des canaux biliaires), un agent morbide venu du dehors, ou formé dans l'économie, porte le trouble d'abord dans le système nerveux, puis dans tout l'organisme ; mais ce poison peut jeter le malade dans une prostration telle, qu'il succombera sans présenter aucune altération or-

[1] *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1865, t. III, p. 286.

ganique du foie ou de tout autre organe. Des autopsies nombreuses sont là pour prouver que l'ictère grave peut être mortel sans qu'il existe d'altération hépatique, aux yeux même des observateurs et des micrographes, qui désiraient rencontrer ces lésions. S'il en est ainsi, il faut donc bien accepter que l'altération du foie, la destruction de la cellule, n'est point la source de l'intoxication primitive. »

Ce trouble primitif, ces grandes et soudaines dépressions du système nerveux caractérisent l'ictère typhoïde et se rencontrent dans d'autres maladies : le choléra, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, la fièvre bilieuse hémorrhagique. Si quelques traits de la symptomatologie, sans justifier une regrettable confusion, autorisent un simple rapprochement entre certaines de ces maladies et l'ictère grave, l'étiologie établit également l'analogie. Le poison morbifique semble avoir son origine dans les conditions hygiéniques, comme dans les deux observations d'ictère grave rapportées par M. Hérard[1]. Des causes locales d'insalubrité, jointes à une température élevée, ne seraient pas étrangères au développement de l'élément morbide, tout comme dans la fièvre typhoïde par encombrement. Certaines conditions atmosphériques, indéterminées encore, ont une active influence sur le développement de l'ictère comme sur celui des fièvres bilieuses et sur l'apparition de la fièvre jaune. Comment, en effet, en dehors de ces influences, expliquer la forme épidémique que l'ictère revêt quelquefois ? Ces conditions météorologiques ne sont qu'analogues, la différence des effets impliquant nécessairement la dif-

[1] *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (1859-1862).

férence des causes. Les influences qui avaient causé la dernière épidémie de fièvre jaune à la Martinique avaient complétement cessé depuis près d'une année, lorsque, sous l'empire de circonstances étiologiques nouvelles, une épidémie d'ictère, répandue sur toutes les races, se déclara dans la colonie.

Ictère épidémique. — L'ictère épidémique est une affection rare. Il a paru à différentes époques en France et en Allemagne. La forme épidémique qui a été observée à la Martinique en 1858 est peut-être le seul exemple rencontré dans les climats chauds. Quelques-unes des épidémies décrites ne sont pas dégagées de tout élément étranger : l'influence paludéenne est quelquefois une complication active qui imprime aux symptômes une ressemblance avec la fièvre bilieuse. D'après Frérichs [1], les épidémies d'ictère les plus connues sont :

L'épidémie d'Essen, en 1772, décrite par Brünning. Remarquable par son type intermittent, elle attaquait de préférence les jeunes enfants, dont un grand nombre succombèrent. Des spasmes de diverses espèces et parfois du délire l'accompagnaient.

L'épidémie de Ludenscheid, rapportée par Kersig (*Hufeland's Journal*, t. VII). Elle fut bénigne ; sur 70 malades, un seul mourut. Ordinairement l'ictère venait sans fièvre huit ou quinze jours, et même plus longtemps encore, après des prodromes qui n'étaient autre chose que les symptômes d'un catarrhe gastrique. Les selles étaient décolorées. Les enfants furent complétement épargnés. Sur 5 femmes enceintes qui furent atteintes, 3 avortèrent et 2 de ces dernières furent prises de fièvre trois

[1] *Loc. cit.*, p. 187.

jours après leur accouchement; à cette fièvre se joignirent le délire, le coma, et la mort s'ensuivit.

L'épidémie de Greifswald en 1807 et 1808, observée par Mende[1]. Le quart des malades était formé par les ictériques. La jaunisse était apyrétique ou fébrile, et la fièvre était tantôt rémittente, tantôt intermittente. Dans ce dernier cas, c'était le type tierce qui dominait. Pendant l'intermission, très-souvent la coloration jaune disparaissait, pour revenir lors du paroxysme; d'autres fois elle était permanente. Un malade succomba au milieu d'accidents nerveux fort graves.

Dans l'épidémie de Chasselay (Rhône), décrite par le docteur Chardon[2], la maladie se déclara en octobre 1841, à la suite de quelques journées de brouillard, et dura trois mois. Le nombre des malades n'est pas indiqué; il n'y eut pas un seul décès. La plupart des malades éprouvaient d'abord un malaise général, accompagné d'anorexie et de gène précordiale; chez quelques-uns même, on observa des douleurs intolérables à l'épigastre et dans l'hypocondre droit. Une teinte ictérique venait ensuite, accompagnée chez ceux-ci de trouble des fonctions digestives, sans mouvement fébrile notable; chez ceux-là, au contraire, l'ictère déterminait si peu de dérangement qu'ils auraient pu se croire dans la plus parfaite santé, si la couleur jaune et les démangeaisons de la peau ne les eussent avertis qu'ils n'étaient point entièrement exempts de la maladie. Tous présentaient des déjections alvines grisâtres et des urines chargées des principes colorants de la bile. On compta parmi les malades un

[1] *Hufeland's Journal*, t. VII.

[2] *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris 1842, t. VIII, p. 112. (Rapport de M. Martin Solon.)

enfant de quatre ans. D'après l'opinion de la commission, cet ictère n'était pas essentiel, mais symptomatique. Les douleurs à l'épigastre, dans la région du duodénum et dans l'hypocondre droit, les nausées et les autres signes précurseurs indiqués par l'auteur lui-même, démontrent que l'irritation des voies biliaires précédait l'ictère.

M. le docteur Adolphe Dumas[1] a observé l'ictère épidémique sur la petite garnison d'Aniane (Hérault), vers la fin d'octobre 1854, au moment de sa rentrée dans la caserne, évacuée, le mois précédent, à cause du choléra. « Parmi les soldats qui se présentèrent, dit-il, à mes premières visites, je trouvai des ictères et des embarras gastriques dont quelques-uns n'étaient que la période prodromique de l'ictère. Mais je ne fus pas peu étonné de voir, au bout de peu de jours, se déclarer de nouveaux cas d'ictère. Bientôt à chaque visite j'avais un malade nouveau; je comptai ainsi jusqu'à dix ictériques en même temps. Je crois être au-dessous de la vérité en disant qu'en moins de deux mois que dura cette épidémie, j'en vis plus de trente cas. » Ces hommes, au nombre de cent cinquante, avaient traversé l'épidémie cholérique. L'ictère n'atteignit que les militaires, pas un seul cas ne fut observé parmi les malades de la ville.

La plupart des cas furent bénins; d'autres furent compliqués d'un embarras gastrique qui nécessita l'administration d'un vomitif; trois cas seulement furent graves et se succédèrent à peu de jours de distance, vers la fin du premier mois de l'épidémie. Avec des symptômes gastriques prononcés, les trois malades avaient de la fièvre, de la sécheresse de la peau, de la céphalal-

[1] *Union médicale,* 1862, t. XVI, p. 444.

gie et un grand accablement. La suffusion ictérique présentait une nuance verdâtre, comme vert bronzé. Évacués sur l'hôpital de Montpellier, deux de ces malades y moururent. Les renseignements manquent à l'égard du troisième.

M. A. Dumas attribue cet ictère épidémique à deux ordres de causes : l'abattement moral que le choléra avait produit dans cette petite troupe et la constitution médicale régnante qui, à la suite des fortes chaleurs de l'été, était fortement bilieuse. Les trois degrés d'intensité suivants ont été remarqués : 1° ictère simple avec léger état bilieux ; 2° ictère avec état bilieux prononcé ; 3° ictère grave avec fièvre et état bilieux des plus marqués.

Dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine, Carville fils [1] a décrit l'épidémie qui a sévi sur les détenus de la maison centrale de Gaillon. Je reprocherais volontiers à ce remarquable travail d'un regretté confrère quelques vues hypothétiques, un rapprochement fâcheux entre deux états morbides aussi dissemblables que l'ictère grave et la fièvre jaune, et le titre même d'ictère grave épidémique donné à sa relation. La maladie de Gaillon n'était-elle pas plutôt une épidémie d'ictère caractérisée par la fréquence des cas graves ? La forte proportion des cas heureux semblerait l'indiquer ; l'ictère grave ne tue pas seulement le quart des sujets atteints. Carville écrit d'ailleurs : « Nous avons eu des cas graves, des cas de gravité moyenne et des cas légers. Tous cependant portent le cachet de l'épidémie à différents degrés. »

L'épidémie parut le 21 mai 1859 et s'est terminée vers

[1] *Archives générales de médecine*, 1864, t. IV, p. 129. (*De l'ictère grave épidémique.*)

la mi-octobre. Elle a atteint 47 détenus, dont 11 ont succombé. Dans le quartier des enfants, on a compté 1 malade sur 77 sujets ; de seize à quarante ans, 1 sur 45 ; de quarante à soixante-dix ans, 5 sur 17. Les onze décès appartiennent tous à la période décroissante de la vie, et les sujets à constitution forte sont ceux qui ont été frappés en plus grand nombre et le plus gravement.

Carville divise l'ictère en deux périodes : période d'incubation, période d'explosion : la première s'étendant du frisson initial jusqu'à l'apparition de l'ictère ; la seconde jusqu'à la mort ou l'entrée en convalescence. L'ictère grave suivi ou non de mort se divisait en deux périodes égales de six jours. Le frisson plus ou moins intense n'a manqué que dans deux cas légers. Sur le même rang, comme importance, un affaissement général, allant même jusqu'à la prostration, apparaissait d'emblée et témoignait d'une perturbation profonde du système nerveux. La céphalalgie vive, pénible, frontale ou générale, n'était accompagnée d'aucun symptôme de congestion vers la tête. Il n'existait pas de fièvre ; accélération de quatre pulsations en moyenne, de sept dans les cas graves ; ralentissement léger chez quelques malades.

La diminution de la sécrétion urinaire et sa suppression n'ont été notées que dans la deuxième période et vers la fin. Dans les 25 cas où cette modification a été constatée, 17 fois elle a précédé l'ictère, 6 fois seulement elle l'a suivi. Sur ces 17 cas, 13 appartiennent aux cas graves, dont 7 mortels, 3 aux cas moyens, 1 aux cas légers. La modification de la sécrétion urinaire était un indice d'un pronostic grave ; le rétablissement de la fonction, un symptôme favorable. La durée moyenne de ces troubles a été de huit jours. Sur les 47 cas, les

urines, qui contenaient de la matière colorante de la bile, n'ont pas donné d'albumine.

Conformation du ventre ordinairement normale; assez souvent, sensibilité à la pression de l'épigastre et des deux hypocondres; vomissements bilieux, nausées, anorexie, constipation bien plus fréquente que la diarrhée. Dans 10 cas, dont 9 graves, gêne de la respiration sans lésions pulmonaires. Dans la première période, l'épistaxis s'est montrée dans 3 cas, dont un léger, et le hoquet, 2 fois avec d'autres symptômes graves suivis de mort.

Sur la limite des deux périodes, le frisson s'est montré de nouveau dans 22 cas, dont 18 graves. L'intensité de la coloration ictérique a été le plus ordinairement en rapport avec la gravité des accidents. L'épistaxis a été notée chez 15 malades dans la deuxième période; l'hématémèse, 2 fois seulement; le purpura, 3 fois. L'orthopnée, le hoquet, la somnolence, l'assoupissement, le délire, deux fois des attaques d'éclampsie, tels furent les phénomènes ultimes.

L'autopsie des onze malades donna les résultats suivants : dans 8 cas, le volume, l'aspect extérieur et la consistance du foie étaient normaux ou très-peu modifiés. Dans 2 cas seulement, le foie offrait l'aspect de l'atrophie jaune aiguë, bien qu'il ne fût pas très-diminué de volume. Dans un autre cas (après deux jours d'ictère), la glande avait sa consistance et son volume naturels; il pesait 1 800 grammes. Son aspect extérieur était marbré; l'intérieur, jaune d'ocre avec un pointillé rouge très-fin, laissait paraître la structure granuleuse.

La seule altération constante constatée dans les reins a été une décoloration générale. La rate, 5 fois sur 11,

a été trouvée altérée, ramollie, diffluente même et hypertrophiée. La muqueuse du tube digestif, sans épaississement, présentait une injection passive et disséminée.

On ne peut que s'associer aux regrets exprimés par la *Gazette hebdomadaire* [1] : « M. Carville n'a malheureusement pas fait d'examen microscopique du foie et des reins. C'est une lacune extrêmement regrettable. Il est impossible de savoir si, dans les huit dernières autopsies, le foie était réellement sain, et ces faits ne suffisent pas, dès lors, pour conclure, comme le fait l'auteur, que la lésion du foie n'est qu'une altération tout à fait secondaire. M. Carville a laissé échapper là une très-belle occasion de préparer la solution de plusieurs questions controversées. »

L'ictère épidémique que j'ai observé à la Martinique en 1858 débuta vers le milieu d'avril, atteignit toute son intensité en juin et en juillet, et se termina par quelques cas isolés vers la fin de l'année, après avoir fait le tour de la colonie. Répandu sur les diverses races de la population, sur le blanc comme sur le nègre et le coolie de l'Inde, sur l'Européen comme sur le créole, il affecta l'âge adulte de préférence et se montra sans complications du côté du foie. Cet ictère, qui offrit tous les caractères de l'ictère essentiel, surprit les médecins par son caractère épidémique et par sa gravité chez les femmes enceintes, et seulement chez elles. On n'avait gardé aucun souvenir d'un fait semblable.

Cependant, d'après M. le docteur Cornilliac [2], l'ictère épidémique aurait été observé, en 1832, à Saint-Pierre

[1] Année 1864, n° 47, p. 781.

[2] *Etude sur la fievre jaune à la Martinique*, 1864, p. 140-143.

Martinique, deux ans après la cessation de la fièvre jaune : à cette époque, sa marche se rapprochait de celle du typhus ictérode, et sa terminaison était quelquefois aussi funeste. Dans un rapport du mois de septembre 1832, M. le docteur Garnot, médecin en chef de la marine, disait : « Les affections ictériques se sont manifestées avec des caractères très-aigus; elles commençaient, en général, par une violente inflammation à la gorge, avec tuméfaction des glandes tonsillaires; trois ou quatre jours après l'invasion de la maladie, les symptômes inflammatoires commençaient à se dissiper, la teinte ictérique de la peau se prononçait davantage et les malades ne tardaient pas à éprouver une amélioration sensible. On observait en même temps des vomissements noirs et des selles sanguinolentes et jaunes, suppression d'urines. »

En 1838, l'ictère avait une symptomatologie toute différente. Nul lien ne rapprochait cette épidémie de la fièvre jaune. Celle-ci s'était éteinte vers le milieu de l'année précédente. Rien ne parut changé dans les conditions climatologiques. Ce que la maladie présentait de particulièrement remarquable, c'était sa terminaison presque constamment heureuse en dehors de la condition de grossesse, sa léthalité au contraire chez les femmes enceintes. Les seules victimes furent des femmes, et parmi elles il y eut trois jeunes femmes qui n'étaient pas grosses, et une vieille fille de soixante-trois ans. Il n'y eut qu'une forme grave, toujours la même, toujours mortelle : la forme comateuse.

J'emprunte aux rapports de M. le docteur Ballot [1], qui observa la maladie surtout dans les hôpitaux de la

[1] Cornilliac, *loc. cit.*, p. 140-141.

marine, les principaux traits de la symptomatologie.

« Sur plusieurs hommes, dit-il, nous n'avons pu constater aucune affection qui ait précédé ou accompagné l'apparition de l'ictère. Sur quelques-uns il n'a donné lieu à aucun trouble dans les fonctions de la vie. Un soldat, qui présentait l'ictère le mieux développé à son entrée à l'hôpital, nous a déclaré qu'il s'était toujours bien porté, que son sommeil et son appétit avaient toujours été bons. Sa langue était naturelle, ses selles, quoique décolorées, étaient normales. Mais telle n'a pas été la marche de l'ictère dans l'immense majorité des cas, puisque tous les malades se sont accordés à déclarer que, pendant les trois ou quatre jours qui ont précédé l'apparition de l'ictère, ils ont eu de la fièvre, des douleurs de tête et dans les membres, de l'insomnie, de l'inappétence, des nausées et souvent des vomissements.

« Chez ceux que nous avons pu examiner, à l'hôpital et en ville, au début de la maladie, voici les symptômes que nous avons constatés habituellement : face rouge, yeux injectés, céphalalgie, douleurs dans les membres, nuits agitées, sans sommeil, peau chaude et sèche, pouls irrégulier, fréquent, dépassant 100 pulsations par minute, langue recouverte d'un enduit blanc jaunâtre, haleine fétide, bouche amère, nausées, souvent vomissements de nature bilieuse, ventre ballonné, ordinairement peu sensible à la pression, pas de douleurs des hypocondres, constipation, rarement diarrhée, urines foncées, peu abondantes.

« Ces accidents fébriles cessent ordinairement dès que l'ictère s'établit. Celui-ci apparaît d'abord aux conjonctives, puis sur la peau du col et le pourtour de la bouche. Le pouls perd alors de sa fréquence et de sa force ; il tombe, à

mesure que l'ictère se fait, à 80, 72, 60 et 52; il est petit, faible; la langue se couvre d'un enduit épais ; souvent les nausées et les vomissements persistent pendant quelques jours, les selles se décolorent peu à peu, deviennent jaunâtres, puis blanchâtres ; elles ont l'aspect, assez souvent, de l'argile, à consistances différentes. En même temps, la couleur des urines change : de rouge foncé elle devient de plus en plus brune, et peut aller jusqu'à ressembler à une infusion de café torréfié; elles moussent avec la plus grande facilité; traitées par l'acide azotique, elles verdissent fortement, et peuvent donner un précipité très-variable de matière verte, qui est de la bile, mais jamais de précipité albumineux.

« Dans l'immense majorité des cas, l'ictère est suivi d'un retour assez rapide à la santé ; mais nous avons vu, dans quelques cas, lui succéder une sorte d'état adynamique, qui a la plus grande ressemblance avec celui qui se montre chez les convalescents qui viennent de faire une fièvre jaune qui a parcouru toutes ses périodes.

« Les symptômes observés sont ceux d'une intoxication du sang... Le pouls devient d'une faiblesse et d'une lenteur excessives ; nous l'avons vu tomber à 44 et 48 pulsations par minute. Le sang a perdu de sa plasticité ; on voit des épistaxis, des hémorrhagies par les piqûres de sangsues, des métrorrhagies chez les femmes ; des syncopes s'observent chez les malades.

« La peau perd de sa tonicité; d'un jaune plus ou moins foncé, tantôt elle est sèche, tantôt elle est couverte d'une sueur visqueuse qui, dans quelques cas rares, a jauni le linge. Elle devient le siége d'une démangeaison plus vive la nuit. Nous l'avons vue, deux fois présenter une éruption d'ecthymas dont les plaques en-

tourées d'une auréole violacée tranchaient singulièrement sur la teinte safranée du reste de son étendue.

« Le cours de l'ictère épidémique a été de plus de deux mois chez quelques malades gravement atteints ; dans l'immense majorité des cas, il a été d'une huitaine de jours. » (Rapport du deuxième trimestre 1858, Fort-de-France ; Résumé de l'année 1858, Saint-Pierre.)

Les nombreux cas d'ictère que j'ai observés sur des sujets appartenant aux différentes races qui forment la population de Saint-Pierre ne m'ont pas offert tous les caractères mentionnés par M. Ballot. J'ai rarement noté la complication fébrile, et d'ailleurs la fièvre n'a jamais été que peu intense et de peu de durée. Je n'ai pas observé le ralentissement du pouls, non plus que les épistaxis et les métrorrhagies. Du reste, ainsi que l'a observé M. Ballot, il ne survient pas, après l'avortement, de fortes pertes de sang. La plupart des ictères que j'ai vus étaient légers ou de moyenne intensité.

L'ictère épidémique n'a été réellement grave que chez les femmes enceintes. Les dix cas rapportés par M. Ballot, les dix-huit observations d'avortement suivi de mort citées par M. Douillé, dans sa thèse, ne font pas double emploi, mais partie au contraire des trente cas d'ictère observés à Saint-Pierre sur des femmes enceintes. Sur ces trentes femmes, dix seulement arrivèrent au terme de la grossesse sans autres symptômes que ceux de l'ictère essentiel. Les vingt autres succombèrent dans le coma après l'avortement ou l'accouchement prématuré, Je n'ai pas vu tous ces cas, qui ont eu lieu, pour la plupart, dans les classes inférieures.

Le peuple, aux colonies, traite la jaunisse par des simples. Le médecin n'était guère appelé qu'au début

des accidents comateux. De là, une absence regrettable de renseignements sur la maladie et sur son traitement. Une absence encore plus regrettable est celle des autopsies, par suite d'un préjugé difficile à vaincre. Les trois observations suivantes, concernant deux femmes enceintes et une fille sexagénaire, forment un tableau fidèle de tous les cas d'ictère grave survenus dans cette épidémie de 1858.

Observation I. — Mme X..., primipare, âgée de vingt-trois ans, est prise d'ictère dans les derniers jours de mai. Symptômes légers, pas de douleur à la région hépatique. Décoction d'orge, un ou deux verres de limonade purgative au citrate de magnésie, un gramme de sulfate de quinine contre de légers accès de fièvre survenus pendant l'ictère.

La malade, dans de bonnes conditions en apparence, fait une promenade dans la soirée du 3 juin. Prise de douleurs la nuit, elle accouche vers le matin d'un enfant de huit mois. Cet enfant, mort-né, ne présentait pas de coloration ictérique. Aussitôt après la délivrance, le coma se déclare brusquement. Appelé vers six heures du matin par M. le docteur Martineau, je me trouvai pour la première fois en présence de cette grave affection. Pouls faible à 80, pas d'accélération de la respiration, pas de rougeur à la face, légère chaleur frontale, quelques plaintes à d'assez longs intervalles, dues peut-être à la rétraction utérine.

La malade manifestait de l'impatience quand on la pinçait; quand on appelait fortement son attention, elle répondait par monosyllabes, ou s'arrêtait au milieu d'une phrase que le retour du sommeil interrompait. Des sangsues aux apophyses mastoïdes, des vésicatoires aux cuisses et de larges sinapismes ne produisirent aucune modification, et la mort survint à une heure de l'après-midi.

Observation II. — Le même jour, 4 juin, je fus appelé

par M. le docteur Martineau, à huit heures du matin, auprès de Mme X..., qui était dans le coma depuis la nuit. Cette dame, âgée de trente-huit ans, multipare, enceinte de sept mois, avait été prise d'ictère trois semaines auparavant. La coloration avait été foncée, le dépôt dans les urines abondant, et les symptômes n'avaient offert rien de grave. Des boissons délayantes, du petit-lait et un purgatif salin avaient composé la médication.

Dans les derniers jours de mai, la malade s'était activement occupée d'un déménagement. Elle accoucha sans accident le 1er juin, et l'enfant, qui n'avait pas de coloration ictérique, est le seul qui, né dans ces conditions fatales pour la mère, ait survécu. Le coma survint dans la nuit du 3 au 4, sans qu'on s'en aperçût. On en reconnut la présence en cherchant à réveiller la malade. En l'appelant, en la secouant, en la pinçant, on n'obtenait que des signes d'impatience et des mots inintelligibles.

Avec beaucoup de peine, on réussit à lui faire avaler quelques cuillerées d'une potion contenant du sulfate de quinine et de l'extrait de quinquina. Pas d'accélération de la respiration ; pouls faible, régulier, à 76 ; ni chaleur ni refroidissement de la peau. Malgré la médication révulsive prescrite dès le matin : sinapismes, vésicatoires aux membres inférieurs, calomel et jalap, il fut impossible d'interrompre le coma, et la mort survint dans la soirée.

Observation III. — Mlle S. S..., mulâtresse à peau brune, sage-femme, âgée de soixante-trois ans, d'une bonne santé habituelle, est prise d'ictère vers le 25 juin. De cette date au 8 juillet, enduit saburral épais, coloration verdâtre de la peau qui devient le siége d'une vive démangeaison, et plus tard d'une éruption de furoncles ; urines très-épaisses et de couleur brique, se colorant en vert par l'acide azotique ; pouls ne dépassant pas 80 ; sentiment de faiblesse ; céphalalgie et perte presque absolue de sommeil.

Cette malade s'était un peu traitée à sa manière, par des

tisanes de carottes, de plantes renommées contre la jaunisse, et par des purgatifs huileux et salins. Vers le 8, l'ictère pâlissait et la malade commençait à se lever et à s'alimenter. Elle prenait sur mon conseil des préparations de quinquina.

Le dimanche 13, l'état semblait le même : le pouls était à 76, l'enduit saburral avait presque disparu, les urines n'étaient presque plus colorées. La malade ne gardait plus le lit, mais elle se sentait faible et s'inquiétait beaucoup de son état. A midi et demi, le coma se déclara brusquement. Elle dit quelques paroles incohérentes et ne manifesta aucune sensibilité aux agents irritants portés sur la peau. Le pouls s'affaiblit de plus en plus, les extrémités se refroidirent, et la mort arriva à quatre heures du soir.

Dans les cas les plus graves chez les femmes enceintes, l'ictère suivit toujours la même marche. Il se présenta constamment comme un ictère simple, souvent léger, jusqu'au moment où se déclarèrent l'avortement ou l'accouchement prématuré. Ces accidents ne préexistèrent jamais à l'ictère. C'était ordinairement après quinze jours, plus rarement après trois semaines de durée, que ce dernier les provoquait. Jusqu'à l'invasion du coma, les symptômes n'offraient rien de grave, rien de particulier. Le coma précédait ou suivait de quelques heures l'avortement et l'accouchement. Il ne se montra dans deux cas que trois jours après.

Les femmes qui y succombèrent étaient enceintes de quatre, cinq, six, sept et huit mois. Rarement un délire léger précédait le coma, qui ne s'interrompait pas un instant, devenait de plus en plus profond et ne cessait qu'avec la vie. Sa durée n'était que de quelques heures. Dans deux cas, il persista vingt-quatre et trente-six heures. Jusqu'à son début, aucune particularité à noter

relativement à la sensibilité générale, à la respiration et à la circulation. Le pouls ne présentait ni accélération, ni ce ralentissement qu'il offre parfois dans l'ictère. Les caractères de l'ictère grave ne se retrouvaient pas non plus, pas même l'hémorrhagie utérine. A une exception près, les femmes qui succombèrent n'eurent pas d'hémorrhagie après la délivrance, et quand la mort n'arriva que trois ou quatre jours après, les lochies étaient normales.

Presque tous les enfants venus au monde dans ces conditions étaient mort-nés; quelques-uns vécurent un petit nombre d'heures; un seul a survécu. Aucun ne présenta de coloration ictérique. Chez les dix autres enfants qui naquirent à terme et dont les mères étaient ictériques, il n'y avait non plus aucun signe de cette maladie.

J'ai le regret de n'avoir à présenter aucune autopsie et de ne pouvoir mettre en regard des symptômes observés les altérations que le scalpel eût découvertes. Auraient-elles pu expliquer ces étranges et redoutables accidents de coma?

L'ictère épidémique a été observé à Limoges à la fin de 1859 et au commencement de 1860. Il avait avec l'épidémie de la Martinique deux points de ressemblance : il était répandu sur l'ensemble de la population et il affectait chez les femmes grosses une action particulière, une gravité exceptionnelle. Celle-ci toutefois était moindre que dans les mêmes conditions à Saint-Pierre, mais dans les deux localités la gravité que la maladie prenait dans l'état de grossesse formait un contraste des plus frappants avec sa bénignité à peu près absolue chez les autres malades.

Le mémoire lu à l'Académie de médecine par M. Bardinet [1], sur l'ictère épidémique chez les femmes enceintes et son influence comme cause d'avortement, a pour but de développer, en les appuyant de faits nouveaux, les propositions suivantes : « 1° L'ictère peut se produire d'une manière épidémique chez les femmes enceintes; 2° il se manifeste alors à trois degrés différents : 3° tantôt il reste à l'état d'ictère simple ou bénin, ne contrarie en rien la grossesse et la laisse arriver heureusement à son terme ; 4° tantôt, présentant un premier degré de malignité, il constitue ce qu'on pourrait appeler l'ictère abortif, et détermine soit un avortement, soit un accouchement prématuré, sans autres suites fâcheuses ; 5° d'autres fois enfin, il prend franchement le caractère d'ictère grave ou malin, et détermine des accidents ataxiques et comateux qui entraînent rapidement la mort de la mère et de l'enfant. »

L'ictère grave chez les femmes enceintes, à l'état sporadique, est encore assez peu connu. M. Ozanam en cite 3 cas ; M. Woillez, 1 ; M. Bedford, 1 ; M. Machelard, 1 ; M. Caradec, 3.

M. Bardinet résume les principales circonstances de l'ictère épidémique telles qu'il les a notées chez les treize femmes enceintes qu'il a observées à Limoges. Chez cinq d'entre elles, l'ictère n'a exercé aucune influence appréciable. Chez cinq autres, il a été suivi d'avortement ou d'accouchement prématuré. Chez les trois dernières, il a pris le caractère d'ictère malin et déterminé des accidents ataxiques et comateux promptement suivis de mort.

Aucune cause individuelle appréciable. Une seule

[1] *Union médicale*, 1863, t. XX, nos 133 et 134.

femme paraissait douée de cette impressionnabilité particulière à laquelle on a voulu faire jouer un si grand rôle dans la production de l'ictère. La plupart des malades avaient de vingt à trente ans. Quelques-unes étaient grosses pour la première fois; les autres, multipares. La maladie s'est montrée le plus souvent (7 fois sur 13) vers la fin du sixième mois. Dans les autres cas, elle a paru à sept mois et demi, huit mois, dix jours avant terme, un jour même après l'accouchement.

L'ictère débutait, en général, de la manière la plus simple. Quand des accidents devaient survenir et causer l'avortement, c'est, en général, huit ou dix jours, douze ou quinze au plus après le début de l'ictère, qu'on les voyait se produire. Mais dans les trois cas où il y a eu mort, l'explosion des accidents ataxiques a suivi de plus près l'apparition de l'ictère.

Deux malades ont éprouvé, au moment de leur délivrance (six et sept mois et demi) des métrorrhagies abondantes. L'hémorrhagie proprement dite, telle qu'on l'a signalée pour l'ictère grave ordinaire, a manqué dans tous les cas. Dans les trois cas qui se sont terminés par la mort des enfants et des mères, il y a eu d'abord des accidents ataxiques (agitation, délire, mouvements désordonnés), puis coma profond jusqu'à la mort. Ces accidents ont duré moins de vingt-quatre heures dans le premier et le troisième cas, et moins de quarante-huit dans le deuxième. Deux fois les accidents ataxiques se sont montrés avant la parturition ; une fois ils se sont produits trois ou quatre jours après la délivrance. Sur 13 enfants, 7 survies et 6 morts. Aucun n'était atteint d'ictère en naissant. Les survivants n'en ont pas été atteints plus tard.

Dans l'ictère épidémique de la Martinique, les phénomènes ataxiques ont toujours fait défaut. Le coma s'est montré seul et brusquement le plus souvent. Les enfants mort-nés ou survivants n'ont pas présenté d'ictère non plus. L'absence d'ictère, chez le fœtus, devait tenir dans la plupart des cas au peu de durée de la maladie chez les mères au moment de l'avortement. D'après Frérichs [1], il faut que la maladie dure longtemps pour que la teinte ictérique se communique au fœtus. « Je n'ai pu observer, dit-il, de changement de couleur chez des ictériques qui avortaient de cinq à quatorze jours après l'invasion de la maladie. »

Quelles sont les causes de l'ictère chez les femmes enceintes, et à quoi tient chez elles sa gravité particulière? Dans l'état actuel de la science, il est difficile de répondre d'une manière satisfaisante. La femme grosse est-elle réellement prédisposée à contracter la jaunisse?

D'après Braun [2], sur 28,000 femmes grosses entrées à la clinique de Vienne, il n'y a eu que 19 cas d'ictère, soit 1 sur 1473; sur ces 19 cas, il y a eu un seul fait d'ictère fébrile produit par l'atrophie aiguë, en dehors du travail puerpéral. Dans les 18 autres cas, l'ictère a été apyrétique, il n'a troublé ni la grossesse ni l'accouchement. L'ictère serait donc une maladie rare pendant la grossesse. D'après Virchow, les lésions du foie ne sont point rares dans ces conditions; on observe surtout l'hépatite parenchymateuse aiguë, sans ictère, à la suite de laquelle on trouve le foie volumineux et friable, avec ses cellules infiltrées et agrandies.

[1] *Loc. cit.*, p. 111.

[2] *Gazette hebdomadaire*, 1864, n° 11, p. 174.

Très-souvent, suivant Frérichs[1], on trouve des dépôts graisseux dans le foie des femmes enceintes ou récemment accouchées. Le sexe feminin est d'ailleurs plus fréquemment atteint de la dégénérescence graisseuse du parenchyme hépatique que le sexe masculin. L'esprit le plus réservé, écrit M. Blot[2] dans son rapport sur le mémoire de M. Bardinet, se défend difficilement d'établir un certain rapprochement entre la gravité de l'ictère des femmes enceintes et les modifications imprimées par la grossesse à la glande hépatique. Ces modifications sont l'état graisseux et l'hypertrophie.

Chez une jeune fille de vingt ans, morte à la clinique d'accouchements au cinquième mois de la grossesse, dans un état comateux, le second jour après l'avortement causé par un ictère grave, l'autopsie révéla les lésions suivantes : Ecchymoses sous-cutanées nombreuses, teinte ictérique de tout le tégument externe ; vascularisation abondante des méninges cérébrales et de la substance corticale des hémisphères ; ecchymoses sous-péricardiques ; sang noir et diffluent dans les ventricules du cœur ; congestion hypostatique des poumons ; taches ecchymotiques disséminées sous le péritoine, surtout au niveau de l'estomac et de la vessie ; reins volumineux et colorés en jaune ; foie petit, pesant 752 grammes, brun foncé, plus consistant qu'à l'état normal ; vésicule biliaire vide. Examiné au microscope par M. Gubler et par M. Blot, le tissu de l'organe ne présente plus aucune trace de cellule hépatique ; on n'y trouve que d'abondants globules de graisse mêlés à de la matière biliaire.

La forme d'ictère qui, chez les femmes grosses, s'ac-

[1] *Loc. cit.*, p. 474.

[2] *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1864, t. XXX, n° 2, p. 55.

compagne dans sa marche de troubles nerveux graves, dépend, suivant Frérichs, de l'atrophie aiguë du foie, suite d'une inflammation parenchymateuse de l'organe; en même temps, on trouve ordinairement les reins malades. « On observe surtout l'atrophie aiguë, dit-il [1], chez des individus appartenant au sexe féminin : sur 31 cas, nous en trouvons 9 concernant les hommes et 22 concernant les femmes, de sorte que ces dernières fournissent un contingent de plus du double. Sur ces 22 femmes, la moitié étaient enceintes, par conséquent un tiers des cas se trouvait lié à la grossesse ; ce fait indique une relation de causalité entre les deux états. Cependant, d'une manière générale, l'atrophie aiguë du foie est une complication rare de la grossesse; en effet, sur 33,000 femmes en couches, Spaeth ne l'a rencontrée que deux fois. Il est très-fréquent de voir, pendant la grossesse, se développer l'infiltration des reins et du foie par des produits albuminoïdes grenus, qui entraîne après elle l'altération de la sécrétion et la dégénérescence adipeuse de l'épithélium glandulaire. Dans certaines circonstances, cet état peut dégénérer en néphrite et en hépatite diffuse ; on sait que, pour les reins, il en est très-souvent ainsi, et on connaît les phénomènes qui en résultent. Quant au foie, le travail morbide y atteint rarement un degré aussi élevé ; alors ses suites sont la destruction de la glande. On voit maintenant pourquoi chez les femmes enceintes presque toujours la dégénérescence graisseuse des reins coïncide avec l'atrophie aiguë du foie. On ne peut accuser, ainsi que le voudrait Scanzoni, une compression mécanique d'être chez les

[1] *Loc. cit.*, p. 261.

femmes enceintes la cause de l'atrophie hépatique ; la preuve du contraire est fournie par la période même où la maladie se développe ; c'est, en effet, presque toujours du troisième au sixième mois, parfois dans le septième, rarement au moment où l'utérus peut agir mécaniquement sur le foie. »

D'après Braun, l'ictère, assez rare, pendant la grossesse, présente deux formes : une coloration d'un jaune d'or foncé, sans fièvre et sans phénomènes céphaliques, ou bien une coloration d'un jaune de soufre, avec fièvre et symptômes cérébraux. L'ictère apyrétique aboutit ordinairement à l'avortement ou à l'accouchement prématuré ; s'il se prolonge, il se communique au fœtus, dont les tissus prennent une coloration d'un jaune verdâtre. Cette forme de jaunisse n'est point sous la dépendance immédiate de la grossesse ; elle dépend des causes générales et se rapproche, par son pronostic et son traitement, de l'ictère commun. L'accouchement prématuré artificiel n'est point commandé par l'intérêt de la mère, mais il l'est par celui de l'enfant.

L'ictère fébrile avec symptômes encéphaliques est communément le résultat de l'atrophie jaune aiguë du foie. Les accidents cérébraux se manifestent par de l'éclampsie et du coma, et dépendent de l'accumulation dans le sang des produits de décomposition de la bile, et vraisemblablement aussi de l'urémie. L'atrophie du foie est produite d'ordinaire brusquement ; les accidents prodromiques sont souvent méconnus, les symptômes sont violents et la mort rapide. A l'autopsie, on trouve le foie diminué de volume et revenu sur lui-même ; le microscope montre, au lieu des cellules normales, des gouttes de graisse et des détritus moléculaires. Braun a

aussi rencontré simultanément les lésions rénales de Bright. (*Monatsschrift für Geburtskunde*, octobre 1863.)

En résumé, pendant la grossesse et sous son influence, il se produit deux formes d'ictère différant l'une de l'autre par leurs symptômes et leur terminaison. L'une est simple et bénigne, sans conséquence ordinairement pour la mère et pour l'enfant; elle se montre le plus souvent pendant les premiers mois de la grossesse et disparaît avec celle-ci, lors même qu'elle n'a pas cédé plus tôt à la médication employée. L'autre forme, caractérisée par des accidents ataxiques et comateux, se terminant sans exception par la mort, s'accompagne de lésions profondes du parenchyme hépatique. Avec les ulcérations de l'atrophie aiguë du foie, on constate ordinairement des lésions rénales. Lorsque l'ictère règne épidémiquement, il paraît prendre chez les femmes enceintes une gravité exceptionnelle. C'est ce qui résulte des faits rapportés par Kersig, pour l'ictère épidémique de Ludenscheid; de ceux qu'a observés M. Bardinet à Limoges, et des faits encore plus malheureux qu'a présentés l'épidémie de la Martinique.

En présence de ces résultats et de la terminaison non moins fâcheuse dans les quatre observations rapportées par M. Carpentier, de Roubaix [1] (1854), M. Bardinet a agité une question de pratique du plus haut intérêt. En face de l'impuissance des moyens pharmaceutiques, comment se défendre de la pensée qu'en supprimant la vraie cause du mal, la grossesse, on supprimerait aussi le danger? Comment s'empêcher de songer à l'avortement provoqué, à l'accouchement prématuré artificiel?

[1] *Revue médico-chirurgicale de Paris.*

La conduite devrait varier selon que l'ictère est sporadique ou épidémique. Dans le premier cas, on ne serait autorisé à agir que s'il se manifestait des symptômes d'ictère grave (délire, somnolence, coma), qui en douze, vingt-quatre, quarante-huit heures au plus, amènent une terminaison fatale pour la mère et pour l'enfant. Deux cas se présentent : si l'on est au sixième ou au septième mois de la gestation, c'est un véritable avortement qu'il s'agit de provoquer, mais un avortement concernant un fœtus auquel l'ictère ne laisse aucune chance de vie.. « Si l'on est, au contraire, dit M. Bardinet, dans le huitième ou le neuvième mois, il ne s'agit plus de faire périr l'enfant, mais de déterminer un accouchement prématuré qui peut être dans son intérêt aussi bien que dans celui de la mère. La question déontologique s'amoindrit ou disparaît. Le médecin n'a plus qu'à se préoccuper d'une idée : agir vite et combattre le plus promptement possible une maladie qui tue avec une effrayante rapidité. »

Dans l'ictère épidémique, s'il y a de véritables symptômes d'ictère grave, l'intervention est justifiée. L'est-elle encore, s'il n'y a qu'un ictère simple en apparence? Pour temporiser ou agir, on considérera la gravité particulière de l'épidémie présente. Si cette épidémie est bénigne et pardonne dans un assez grand nombre de cas, il sera tout indiqué de s'en tenir aux moyens ordinaires. C'est la conduite suivie par M. Bardinet à Limoges. Mais s'il était démontré, comme à Saint-Pierre (Martinique), que l'ictère est un arrêt de mort pour la mère et pour l'enfant, comment ne pas intervenir dans les deux derniers mois, en mettant fin à la grossesse?

« Si l'on se décidait à agir ainsi, ajoute M. Bardinet,

on serait donc conduit à le faire d'une manière préventive. Au lieu d'attendre, comme dans l'ictère sporadique, que les symptômes graves fussent nettement déclarés, on chercherait à les prévenir, à les gagner de vitesse et à rendre leur apparition impossible... Une pareille détermination ne doit pas être prise à la légère et sans une impérieuse nécessité. Elle repose essentiellement sur cette donnée, que l'ictère épidémique, chez les femmes enceintes, est toujours ou presque toujours suivi d'une double mort : celle de l'enfant, celle de la mère... Il importait de poser nettement la question, de signaler sa gravité et d'appeler sur elle de nouvelles recherches. »

Je n'aborderai pas le problème délicat très-bien posé par M. Bardinet. Je ferai observer seulement que si, dans l'épidémie de la Martinique, vingt fois l'ictère a été fatal pour la mère et dix-neuf pour le fœtus, la terminaison heureuse dans dix autres cas où la grossesse n'a pas été compromise rend sans doute moins absolue l'utilité de l'intervention. Aussi ne peut-on, jusqu'à ce que de nouveaux faits aient éclairé les données du problème, que partager la réserve de M. Blot, qui, dans son rapport, incline vers l'abstention et ne croit pas que l'avortement provoqué et l'accouchement prématuré artificiel puissent être justifiés par l'espoir d'obtenir des modifications instantanées dans l'état général, à la suite de l'évacuation rapide de l'utérus. Et puis, ainsi que le fait remarquer M. Dechambre [1], deux motifs pourraient faire hésiter dans la circonstance : l'un est qu'on n'est pas bien convaincu, après l'expérience si restreinte dont

[1] *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1863, n° 46, p. 746.

la science dispose sur ce point, que l'accouchement doive avoir pour effet d'enrayer ou seulement d'atténuer la maladie ; l'autre, que si l'on se croit autorisé à détruire le produit de la conception dans l'ictère épidémique, il faut être prêt à prendre ce redoutable parti dans d'autres maladies qui mettent gravement en péril la vie de la mère, comme dans la fièvre typhoïde ou la variole confluente. « Là, en effet, il y a autant de chance de mort du fœtus que dans l'ictère grave, et il est généralement admis que l'accouchement, survenant en plein cours de la pyrexie, favorise et précipite d'ordinaire la terminaison funeste. »

CHAPITRE VI.

FIÈVRE JAUNE.

Je ne saurais prétendre à faire entrer dans le cadre de cet ouvrage une histoire générale de la fièvre jaune. Je circonscris mon sujet à la fièvre jaune qui règne épidémiquement aux petites Antilles à des intervalles de huit ou dix ans, et je prends pour type de ma description l'épidémie que j'ai observée à Saint-Pierre Martinique de 1855 à 1857. Ce n'est qu'un simple crayon de la maladie, fidèle, exact dans les détails, insuffisant pour l'ensemble d'une étude complète.

Étiologie. — A des périodes presque décennales, la fièvre jaune apparaît épidémiquement aux Antilles françaises. Entre chaque épidémie existe un intervalle de plusieurs années de complète immunité. Le retour de ces périodes n'est pas une chose fatale que l'hygiène publique ne puisse prévenir. La maladie ne se constitue pas de toutes pièces dans les colonies ; elle reconnaît une origine étrangère, et, transplantée dans un terrain nouveau, dans des conditions qui lui sont favorables, elle sévit sur l'élément européen en revêtant toujours le caractère épidémique. Quand les conditions sont contraires, on voit, dans les périodes d'immunité, des malades venus des localités étrangères mourir de fièvre jaune, et la maladie, ainsi importée, rester stérile ou s'éteindre vite après s'être reproduite chez quelques sujets seulement.

Quelle est la nature de la fièvre jaune? Autant il est difficile de la spécifier, autant il est facile de dire ce qu'elle n'est pas. Elle est parfaitement distincte des fièvres palustres. Celles-ci sont endémiques dans les cinq parties du monde ; la fièvre jaune n'est endémique qu'aux grandes Antilles et aux rivages du golfe du Mexique. La fièvre paludéenne reste concentrée dans un foyer; la fièvre jaune s'irradie au loin ; elle se transporte par les hommes, par les vêtements, par les marchandises ; crée un nouveau foyer, et de là tend à envahir, que le lieu d'importation appartienne aux climats chauds ou aux climats tempérés, et, dans ce dernier cas, quelle que soit la saison, été ou hiver. Rien de semblable pour la fièvre palustre, qui, dans certaines localités et dans certains cas et certaines épidémies, revêt presque toutes les apparences de la fièvre jaune. Depuis dix ans, de 1857 à 1867, la fièvre jaune n'a pas paru à Saint-Pierre, et en 1859 et 1861 j'ai assisté à deux épidémies de fièvres graves avec ictère, vomissements noirs, sévissant surtout sur l'enfance, mais atteignant aussi l'adulte. Ces deux épidémies ne frappaient ni la garnison, ni les marins de la rade, ni les Européens établis en grand nombre dans la ville ; l'élément européen jouissait d'une immunité presque absolue ; c'est sur le créole, le nègre, le mulâtre que la fièvre sévissait.

Dans les périodes d'immunité qui séparent deux épidémies de fièvre jaune, on observe bien quelquefois sur des Européens des symptômes qui, comme la teinte ictérique et le vomissement noir, rappellent la fièvre jaune, mais ces symptômes doivent être rapportés aux fièvres graves du pays qui règnent endémiquement toute l'année, prennent en s'aggravant le caractère épidémique,

et sévissent sur tous les éléments de la population. Si les deux maladies tendent quelquefois à se confondre par leurs symptômes, elles se différencient par les conséquences qu'elles entraînent. La fièvre jaune respecte ceux qu'elle a touchés une fois ; loin d'accorder cette immunité, la fièvre palustre crée la disposition à contracter de nouveaux accès ; enfin elle détermine une cachexie spéciale qui n'appartient pas à la première maladie.

La cause de la fièvre jaune ne saurait être le miasme palustre. La maladie qui sévit le long du littoral, à l'embouchure des fleuves où se fait un mélange d'eau douce et d'eau salée, émane-t-elle d'un foyer maritime, et a-t-elle une source organique? Il existe tant de contrées, même les plus chaudes, comme l'Inde, où ces conditions se retrouvent sans que la maladie apparaisse. Evidemment la fièvre jaune a pour origine un miasme spécial comme celui du choléra, et, comme ce dernier, inconnu dans son essence et dans les conditions de sa genèse.

Si les causes productrices sont difficiles à déterminer, celles qui favorisent la transmission et la propagation sous forme d'épidémie sont également obscures. La météorologie des pays chauds est une cause secondaire, mais active, impuissante à produire la maladie, mais en facilitant le développement lorsque celle-ci existe déjà. L'hivernage, qui s'étend du 15 juillet au 15 octobre et son arrière-saison, sont les époques annuelles des épidémies dans les foyers endémiques. C'est aussi l'époque où la fièvre jaune sévit avec le plus d'intensité aux petites Antilles. Pendant l'hivernage, saison des pluies et des orages, les conditions de chaleur et d'humidité sont à leur summum, et les vents chauds et lourds du sud alternent fréquemment avec les vents alizés. L'action

combinée de ces éléments météorologiques, chaleur, électricité, pression atmosphérique, humidité, est-elle uniquement prédisposante par l'atonie, l'alanguissement qu'elle imprime alors à l'organisme, ou bien contribue-t-elle directement au développement du miasme? Obscur problème dont rien n'indique la solution !

L'étude isolée de chacun de ces éléments n'élucide pas davantage la question. La chaleur, pas plus que l'humidité, n'a une réelle influence sur le développement. Aux Antilles, la fièvre jaune éclate et sévit également à l'époque des fraîcheurs, qui comprend les mois de novembre, de décembre, de janvier et de février. Si dans les pays tempérés elle s'est déclarée à la fin d'étés très-chauds, dont les conditions météorologiques reproduisaient celles des zones torrides, l'abaissement du thermomètre n'a pas toujours enrayé sa marche. En novembre 1705 [1], le thermomètre marquait zéro à Philadelphie, et il mourut cent dix-huit personnes de fièvre jaune en neuf jours. Pendant les mois de novembre et de décembre 1762, elle exerça ses ravages dans cette ville. A Baltimore, en 1794, le temps froid n'arrêta pas les désastres qu'occasionnait une épidémie ; il n'y eut que les fortes gelées qui en modifièrent la marche. En novembre 1804, à Livourne, la fièvre jaune fit périr jusqu'à vingt-six malades en vingt-quatre heures. Enfin à Gibraltar, en 1813, elle se montra dans la saison la plus fraîche et la plus salubre ; le thermomètre était au-dessous de 26 degrés 1/2 centésimaux (22 degrés R.).

Les vents chauds de l'ouest et du sud qui règnent aux Antilles dans l'hivernage semblent avoir une in-

[1] J. Cornilliac, *Études sur la fièvre jaune à la Martinique*, 1864, p. 33.

fluence fâcheuse, non sur la production, mais sur l'extension et l'aggravation de la fièvre jaune. Lorsqu'ils commencent à souffler, l'aspect des salles change et s'assombrit; les améliorations s'arrêtent, les convalescences sont compromises et tous les symptômes tendent à s'aggraver. L'influence de l'électricité paraît également défavorable aux malades. « Chaque médecin, dit le docteur Cornilliac [1], a vu, dans les épidémies meurtrières des Antilles, non-seulement des hommes à la seconde période et gravement atteints, mais des malades touchant presque à la convalescence et parvenus au septième jour de la maladie passer subitement, pendant un orage qui éclatait, à l'état le plus grave. A peine les détonations de la foudre commençaient-elles à se faire entendre, que le délire, le vomissements noir apparaissaient instantanément; les symptômes ataxiques suivaient, et la mort avait lieu avec une rapidité effrayante. »

Comme pour les fièvres pernicieuses, l'insolation est une cause occasionnelle fréquemment constatée. Pour d'autres malades, les excès de boissons ou d'aliments, les excès de coït, la peur, les passions tristes sont notés dans l'étiologie. Ces causes font souvent défaut. La fièvre jaune atteint la première comme la seconde enfance. La régularité des habitudes n'en met pas à l'abri les religieuses de Saint-Paul, au milieu des foyers nosocomiaux, et, en dehors de ces foyers, les sœurs de Saint-Joseph vouées à l'enseignement. Les frères de la Doctrine chrétienne, le clergé éprouvent des pertes sensibles. Les Européens fixés dans les villes et récemment arrivés sont gravement exposés. C'est l'effectif des garnisons et les

[1] *Loc. cit*, p. 39.

équipages des navires de guerre et de commerce qui payent le plus large tribut. Dans l'épidémie que j'ai observée à Saint-Pierre, en 1856 et 1857, la maladie resta concentrée sur la rade, sévissant sur les marins français, comme sur les marins des Etats-Unis d'Amérique, ne fit que quelques victimes dans la garnison, frappa quelques Européens en ville, atteignit loin du foyer deux coolies de l'Inde et eut pour dernière victime un Mexicain établi depuis plusieurs années dans la colonie. Cette énumération implique le peu d'importance que les divers tempéraments et les constitutions peuvent avoir dans l'étiologie.

La cause prédisposante par excellence est le défaut d'acclimatement. Plus l'Européen a de temps de colonie, plus il a de chances pour échapper à la maladie. Le terme nécessaire pour jouir d'une immunité complète est difficile à préciser. Les modifications que les influences climatériques impriment lentement à l'économie n'assurent pas plus l'immunité que les conditions pathologiques subies par les sujets qui ont contracté des fièvres, la diarrhée ou la dysenterie et l'anémie la plus marquée. L'immunité n'est absolue qu'à deux conditions : que l'arrivant ait préalablement subi l'épreuve du mal ou qu'il ait traversé une précédente période épidémique. Hors de ces conditions, on voit, à chaque épidémie de fièvre jaune, succomber des Européens qui ont quatre, cinq ou six années de séjour aux colonies. Les créoles, sauf de très-rares exceptions, sont à l'abri, et cette circonstance tient sans nul doute à ce qu'ils ont été imprégnés du principe épidémique. L'immunité n'est pas un avantage indéfiniment assuré ; la possession ne s'en conserve que par l'usage. Après un long séjour dans les régions tempérées, elle se perd, et le nouvel acclimatement né-

cessaire pour la reconquérir est plus long pour l'Européen que pour le créole. Celui-ci est toujours moins apte que celui-là à contracter la maladie, bénéfice uniquement dû à la différence d'origine.

L'immunité n'est pas une question de races. Les races tropicales sont beaucoup moins impressionnées par la fièvre jaune, ce qui peut tenir en partie à ce qu'elles sont presque insensibles aux influences climatériques, si actives dans le développement de cette maladie chez les Européens. Dans les régions où la fièvre jaune n'apparaît épidémiquement qu'accidentellement et à de grands intervalles, les indigènes sont frappés comme les Européens. En 1830, elle sévit en Gorée et à Saint-Louis du Sénégal sur les différentes races de la population. En 1837, à Gorée, les indigènes sont moins frappés que les étrangers, qui furent seuls atteints lors de l'épidémie de 1859. Après un intervalle d'un demi-siècle, la fièvre jaune se montre à Cayenne en 1850, et frappe les nègres et les mulâtres. En 1855, éclate une nouvelle épidémie qui n'atteint que les Européens non acclimatés. A la Guadeloupe en 1855, à la Martinique, des coolies de l'Inde sont morts de fièvre jaune. En 1856, lorsqu'elle régnait sur la rade de Saint-Pierre, j'en ai observé des cas non suivis de mort sur des matelots noirs de la Réunion.

Aux Antilles françaises, la fièvre jaune a ses périodes d'épidémie et d'immunité. Les premières n'ont pas une marche continue, mais présentent des phases d'exacerbation et de rémission; les périodes d'immunité sont franches, d'une durée variable, quelquefois plus que décennale. Durant ces périodes, toutes les conditions météorologiques ou autres, réputées favorables au développement et à la transmission de la maladie, reparaissent

annuellement avec le retour des saisons, et l'immunité se continue. Bien plus, certaines conditions éminemment favorables peuvent se rencontrer impunément. Ainsi, dans la période d'immunité que traverse la Martinique depuis janvier 1858, les troupes et les marins de l'expédition du Mexique ont pu se succéder à Fort-de-France, sans que la fièvre jaune y ait paru. Fait qui s'ajoute à d'autres exemples analogues pour démontrer qu'une agglomération d'Européens dans une localité habituellement visitée par la fièvre jaune, ou susceptible de l'être, ne suffit pas à faire naître la maladie, lorsque ne se rencontrent pas en même temps les conditions inconnues qui président à son développement.

Je ne puis, dans ce cadre étroit, aborder la grande question de la transmission, où se heurtent tant de faits contradictoires, relativement à la contagion. D'après les faits qui sont à ma connaissance, je crois que la transmission peut se faire d'un malade à des sujets bien portants, que les marchandises comme les hommes peuvent servir au transport de la fièvre jaune, et qu'un navire contaminé, sur lest ou chargé, contient dans ses flancs des éléments morbides, aptes à reproduire le mal partout où il aborde, lorsque les hommes sont prédisposés par les conditions générales ou spéciales, météorologiques ou autres, qui président à la genèse et à l'évolution d'une épidémie. Ces idées, qui sont généralement acceptées aujourd'hui, ont pour conséquences des mesures prophylactiques dont l'application sévère, assez aisée dans de petites îles comme les Antilles françaises, pourrait les préserver à l'avenir de la fièvre jaune, ou tout au moins prolonger indéfiniment les périodes d'immunité. Il est difficile, imprudent même de porter un jugement

absolu dans ces questions de transmission, lorsque l'observation a lieu dans des ports et des villes, devenus des foyers épidémiques. Jevais, toutefois, rapporter quelques faits qui me semblent appuyer les propositions énoncées plus haut.

A Fort-de-France, depuis le commencement de 1857, il n'y avait pas eu un seul cas de fièvre jaune parmi les navires de guerre et de commerce mouillés sur la rade ; quelques cas seulement s'étaient produits sur les soldats de la garnison pendant la dernière quinzaine de mars et la première quinzaine d'avril. Alors entra en relâche le baleinier *la Pallas*. Il était en rade depuis quinze jours, quand vint mouiller à son côté, pour prendre sa cargaison d'huile, le navire *le Célestin*. Le *Célestin*, qui venait de Saint-Pierre où il était arrivé depuis le 12 février, y avait eu tout son équipage malade, et avait perdu deux officiers et trois matelots. La dernière victime avait succombé le 3 avril. Les travaux d'arrimage du chargement de *la Pallas* dans la cale du *Célestin* étaient à peine commencés que trois jours après l'arrivée de celui-ci, le 25 avril, deux matelots de la *Pallas* sont pris de fièvre jaune. Tout l'équipage, composé de vingt-trois hommes, contracta successivement la maladie, à l'exception du capitaine et de deux matelots ; la plus grande partie succomba. La goëlette américaine *Martha-Strumer*, mouillée sous le vent et à une petite distance du *Célestin*, après un séjour de trente-six heures, appareilla pour New-York. Dans la traversée, la fièvre jaune se déclara, et enleva trois hommes.

L'expérience a appris qu'un navire ne peut pas être atteint de fièvre jaune en pleine mer, dans les parages du lieu où celle-ci sévit. Elle ne se déclare parmi l'équi-

page qu'à la condition que le navire ait communiqué avec le littoral infecté. Le docteur Cornilliac[1], qui insiste sur cette vérité d'observation, démontre la nécessité, dans les épidémies de fièvre jaune, d'isoler complétement les navires, non-seulement de la terre, mais encore des bâtiments voisins qui pourraient être infectés. La mesure la plus radicale est de quitter le port ou la rade et de prendre la mer. C'est ainsi, dit-il, qu'en avril 1857, lors du sinistre de la *Pallas*, M. l'amiral de Gueydon appareilla de la rade de Fort-de-France et prit le large avec la division qu'il commandait ; il put justement, à son retour, s'applaudir de n'avoir pas eu un seul malade pendant sa croisière.

A la Guadeloupe et à la Martinique, l'observation enseigne que les épidémies de fièvre jaune ne se constituent pas de toutes pièces, ne proviennent pas d'une infection locale dont les éléments se rencontrent avec des conditions météorologiques favorables, mais dépendent, au contraire, d'une importation dont la trace se retrouve. Si cette trace reste douteuse pour plusieurs des épidémies qui sont revenues presque périodiquement depuis la colonisation de ces îles, il est plus facile de remonter à l'origine pour les époques plus rapprochées. Ces recherches établissent la transmission et, dès lors, la possibilité d'ajourner indéfiniment, par des mesures prophylactiques bien entendues, le retour des épidémies. La fièvre jaune que j'ai observée à la Martinique de 1855 à 1858 y avait été importée de toute évidence. Il était moins aisé, pour l'épidémie précédente, de remonter à la source.

[1] *Loc. cit.*, p. 205 et 206.

« La première invasion de l'épidémie à la Martinique, en septembre 1851, rapporte M. Dutroulau[1], fut généralement attribuée à un développement spontané, ou, pour parler plus exactement, son origine ne fut pas recherchée. Seul, peut-être, je remarquai que les premiers cas avaient suivi de près l'arrivée à Fort-de-France, venant de Cayenne et de Saint-Domingue, où régnaient des épidémies, de navires infectés et admis à la libre pratique. Ce ne fut que progressivement que l'épidémie s'établit ; elle se concentra d'abord à Fort-de-France, et ne s'étendit à Saint-Pierre, où je me trouvais, qu'en juillet 1852. Toutefois, nous avions déjà essuyé deux bouffées épidémiques localisées, l'une en novembre 1851, au séminaire, et l'autre, en janvier 1852, à l'hôpital militaire, où *la Sibylle*, arrivant de Fort-de-France, envoya ses malades en traitement. »

En septembre 1855, la seconde invasion dans la colonie se fit à Saint-Pierre et à Fort-de-France à quelques jours de distance et dans des conditions semblables. « Vers la fin de septembre 1855, relate M. Cornilliac[2], il n'y avait alors aucun cas de fièvre jaune dans la colonie ; la corvette *la Recherche* et le navire de commerce *la Pauline* arrivèrent de la Guyane, où cette maladie régnait épidémiquement. Ces deux bâtiments mouillèrent en rade de Fort-de-France, et quoique l'état sanitaire de leurs équipages fût satisfaisant et que, pendant leur traversée, aucun cas de typhus ictérode ne se fût manifesté parmi eux, ils durent être soumis à une quarantaine d'observation, plus longue pour *la Pauline*, qui avait eu des hommes atteints par le fléau et qui en avait

[1] *Loc. cit.*, p. 379.
[2] *Loc. cit.*, p. 62.

laissé deux gravement malades, au moment de son départ, à la Guyane.

« Aussitôt la mise en libre pratique, la *Pauline* fit voile pour Saint-Pierre et alla prendre rang de mouillage dans la ligne des bâtiments de la rade ; deux marins de l'Etat donnés par la station avaient été mis à son bord, pour remplacer ceux qu'elle avait laissés à Cayenne.

« Tout à coup, la fièvre jaune éclate à bord de la *Recherche* ; elle débute par les passagers ; trois sont successivement envoyés à l'hôpital, où ils ne tardent pas à succomber ; l'un d'eux avait séjourné une heure environ dans la caserne d'artillerie, pendant le trajet de la corvette à l'hôpital ; quatre jours après, plusieurs cas de fièvre jaune se montrent parmi les artilleurs ; ces cas se multiplient ; la compagnie d'artillerie décimée est obligée d'abandonner sa caserne devenue un foyer d'infection ; l'autorité fait évacuer sur le fort Desaix, point assez élevé de la ville de Fort-de-France, ceux qu'avait épargnés la maladie ; elle est communiquée par eux aux soldats de la garnison du fort.

« A Saint-Pierre, la *Pauline* ne tarde pas à fournir son contingent de morts. Les deux nouveaux embarqués à Fort-de-France sont les premiers cas et les premières victimes. La fièvre jaune continue à bord de la *Pauline*, frappant les hommes qu'elle avait épargnés à Cayenne ; elle s'étend, se propage, grandit, gagne de navire en navire et finit enfin par envelopper la rade, qu'elle étreint pendant deux ans dans un cercle fatal, en dehors duquel, chose remarquable, son action n'avait plus la même influence.

« Une des compagnies du fort Desaix, la 22e de l'in-

fanterie de marine, qui avait déjà perdu quelques hommes, fut envoyée à Saint-Pierre, à la fin de 1855. Cette compagnie fut logée à la caserne avec la 20[e] et la 21[e], qui s'y trouvaient déjà depuis longtemps. Quelques jours après, ces deux compagnies d'abord, puis la 22[e], envoyaient à l'hôpital les premiers soldats de la garnison atteints de fièvre jaune. Depuis près de trois mois que la maladie sévissait sur les matelots du commerce, aucun cas n'avait eu lieu sur les Européens faisant partie de la population de Saint-Pierre et arrivés depuis peu de France. » Je n'ajouterai rien à ce récit circonstancié de la marche de la dernière épidémie de la Martinique. Les faits semblent nettement établir la nécessité des mesures préventives.

Symptomatologie. — La symptomatologie de la fièvre jaune diffère suivant les localités et suivant les épidémies. Ce dernier caractère, elle le partage avec d'autres maladies dont la physionomie change avec les différentes épidémies. Pour la fièvre jaune, avec un fond qui reste le même et que composent les principaux caractères, les nuances et les traits varient. L'invasion, dans l'épidémie que j'ai observée, était rarement soudaine. Le malade ressentait plutôt de la lassitude, des horripilations, un état de malaise qui se traduisait aussi par de la tristesse, de l'inappétence, du dégoût même pour les aliments, par des pandiculations, de la céphalalgie, des élancements rapides et fugitifs en divers points de la tête et des bouffées de chaleur avec constriction des tempes. Ces prodromes, plus ou moins accusés suivant les sujets et les époques de la même épidémie, peuvent exister pendant plusieurs jours. Chez les sujets atteints gravement et brusquement au milieu de la santé et le plus ordinai-

rement pendant la nuit, les forces sont brisées, la démarche est celle de l'hébétude ou de l'ivresse ; au bout de quelques heures, la première période s'établit avec ses symptômes caractéristiques.

Le premier de tous est une céphalalgie violente, atroce parfois ; les tempes semblent serrées par un cercle de fer, les mouvements du globe de l'œil sont douloureux, l'orbite est le siége d'une douleur pongitive et profonde ; bientôt se déclare une rachialgie cervico-dorsale et lombaire. Cette douleur constante des lombes s'irradie vers les hypocondres et l'abdomen ; c'est le coup de barre des marins. Malgré la vacillation de la démarche, les vertiges et les éblouissements que cause la station verticale, les marins peuvent faire dans cet état, soit seuls, soit soutenus par un camarade, un assez long trajet de la plage à l'hôpital.

La face, de pâle et inondée de sueur qu'elle était à l'entrée du malade, devient vultueuse et gonflée. Les pommettes prennent la couleur de l'acajou clair ; les yeux sont humides et brillants, sensibles à la lumière ; la conjonctive oculaire est rouge minium ou rose vif ; les réseaux vasculaires s'injectent finement. L'abattement ou la stupeur sont empreints sur la physionomie. Ce masque, si caractéristique, est plus frappant chez les sujets pléthoriques et récemment arrivés que chez les Européens qu'un séjour plus prolongé tend à assimiler aux créoles. Des douleurs contusives dans les muscles des membres et dans les articulations, des contractures douloureuses aux jambes et aux pieds accompagnent la fièvre qui, avant de s'établir définitivement, s'était déjà montrée dès le début, dans un petit nombre de cas, sous la forme d'accès intermittents. La périodicité, nous

l'avons déjà dit, peut marquer de son cachet toutes les affections aux Antilles.

Le frisson manque souvent, quelquefois il est assez violent et s'accompagne d'un ou de deux vomissements; le plus ordinairement il est peu marqué et de courte durée. La chaleur est en général développée, âcre, sèche surtout au front. La peau est rarement moite, et, lorsqu'elle vient à se couvrir de sueur, quelle que soit l'abondance de celle-ci, la température n'en est nullement modifiée, à l'inverse de ce qui s'observe dans les accès palustres. Le pouls est large, plein, régulier, repoussant le doigt; dans certains cas, ordinairement graves, il est dur et serré; le nombre des pulsations varie de 90 à 100, 110, 120 et même 130. La respiration reste à peu près normale ou bien est troublée, anxieuse et fréquente; le nombre des inspirations varie de 18 à 26 par minute. La soif est vive au début, extrême et intolérable quelquefois, nullement en rapport avec les vomissements. Dans certains cas, aux nausées succèdent des vomissements de matières alimentaires ou de bile diluée dans les liquides ingérés. Les muqueuses buccale, gingivale et pharyngienne sont d'un rouge vif. La langue, très-rarement normale, est bordée d'un liséré rouge; elle est humide et recouverte d'un enduit grisâtre épais; parfois elle est sèche et brunâtre à son milieu, et, chez les sujets qui sont adonnés à l'alcoolisme, elle est noirâtre et comme grillée. L'injection capillaire se rencontrerait encore, d'après M. Cornilliac[1], à la partie inférieure du tube digestif. « J'ai remarqué, dit-il, plusieurs fois ce phénomène au début de la fièvre

[1] *Loc. cit.*, p. 91.

jaune : l'anus est circonscrit par un anneau d'un rose vif. Ce n'est point un érythème, mais plutôt le résultat d'une espèce de stase d'infiltration sanguine autour de l'extrémité inférieure de l'intestin. » Cette rougeur, qui disparaît vers le troisième jour, lorsque la maladie se borne à la première période, persisterait dans les cas graves jusqu'à la fin, et il ne serait pas rare de rencontrer des excoriations précoces dans l'espace qu'elle circonscrit.

L'abdomen est souple et indolore ; l'épigastre, au contraire, est douloureux à la pression et le siége d'un sentiment de gêne et d'anxiété. La constipation est la règle. Les urines sont claires, nerveuses ou moins abondantes, rouges et donnant au moment de l'émission une sensation de cuisson dans le canal. Ces différents symptômes, dont la réunion n'est ni nécessaire ni constante, caractérisent la première période de la fièvre jaune, période de réaction ou d'excitation des auteurs et dont la durée est de soixante-douze heures.

Dans la seconde période, l'ensemble des symptômes est tout différent. Si vive qu'elle ait été, l'excitation générale tombe et ce sont des symptômes adynamiques qui dominent. Cette période est précédée d'une rémission plus ou moins longue et marquée. Diminution de la céphalalgie, de la rachialgie et des douleurs contusives des articulations et des membres, atténuation de l'épigastralgie, cessation plus ou moins complète de la fièvre, chaleur douce et halitcuse de la peau, sueurs abondantes quelquefois, retour du sommeil, tels sont les principaux symptômes qui annoncent la guérison chez ceux qui ne présentent de la seconde période que la coloration jaune et une hémorrhagie buccale légère.

Ces symptômes de rémission sont moins francs et moins prononcés, lorsque la maladie doit suivre son cours. Toutefois, le calme qui s'établit pendant huit ou dix heures à partir du troisième au quatrième jour peut induire en erreur et le médecin, parce que les accidents, momentanément suspendus, se taisent, et le malade, parce qu'il n'éprouve d'autre malaise qu'une grande faiblesse.

Le premier signe qui frappe au début de la seconde période, c'est la décoloration de la face, qui, d'animée qu'elle était, pâlit et jaunit ; la couleur acajou des pommettes passe à une teinte bistre clair ; les conjonctives finement injectées en rouge ou en rose vif se colorent en jaune clair. La teinte ictérique du visage se répand sur le col et les membres en suivant le trajet des gros vaisseaux, sur la poitrine et tout le corps. Cette coloration spéciale est très-marquée au cinquième jour de la maladie ; elle varie d'intensité suivant les sujets, présentant toutes les nuances du jaune, rarement le jaune foncé, le jaune clair ordinairement, dans quelques cas le jaune paille, nuance qui m'a semblé de mauvais présage. Cette suffusion jaune est caractéristique et constante, et dans les cas mêmes où l'on ne constate que de la décoloration, elle envahit l'enveloppe cutanée peu d'heures avant la mort, ou se montre d'une manière intense sur le cadavre. La couleur jaune qui existait pendant la vie se fonce toujours après la mort, et, par des dégradations de teinte, arrive à se fondre çà et là avec de larges taches violacées.

Le ralentissement et la dépression du pouls accompagnent la suffusion jaune. Les pulsations deviennent irrégulières; l'artère semble être parfois plus élastique

et comme distendue par un fluide aériforme, sensation définie par les médecins par le nom de *pouls gazeux*. Le pouls, qui peut, dès le début, être tremblant et irrégulier, reste mou et dépressible, même alors que la guérison se prononce. Le pouls gazeux est un signe fâcheux. Il ne me semble pas que l'état du pouls dans la fièvre jaune puisse fournir aucune indication précise relativement à la terminaison. L'état fébrile varie beaucoup, assez intense dans des cas heureux ou fâcheux, peu marqué ou de très-courte durée dans des cas très-graves. On peut même observer tous les symptômes de la maladie, hors la fièvre, ainsi que j'en ai vu deux exemples terminés par la mort.

La céphalalgie est vive ainsi que les douleurs du globe oculaire et de l'orbite; la chaleur frontale est moins intense, les douleurs contusives des membres, les brisements articulaires et la rachialgie dorso-lombaire sont très-accusés en général. A mesure que la prostration se prononce, ces symptômes diminuent. L'état de la langue est le même ; elle est normale, ou grisâtre, ou grillée ; les lèvres deviennent arides, brunâtres ; les gencives et les dents, noirâtres et fuligineuses. Les muqueuses buccale et gingivale, excoriées, ainsi que les bords de la langue, deviennent le siége d'un suintement sanguin. L'haleine est fétide, et, d'après le docteur Cornilliac, le papier réactif y décèle la présence de l'ammoniaque. Le ventre reste souple et indolent, il est rétracté ou météorisé légèrement, et parfois il existe de l'hyperesthésie de la peau.

L'épigastralgie est presque constante et porte la plupart des malades à se découvrir pour éviter la pression douloureuse des draps. Elle précède et accompagne les vomissements. Ceux-ci sont caractéristiques. Nous les

avons vus survenir au commencement de la première période, sans offrir rien de spécial. Lorsqu'ils apparaissent ou reparaissent dans la seconde période, ils sont d'abord formés des boissons aqueuses ingérées et plus ou moins mélangées de bile ; ils sont d'autant plus abondants qu'ils sont plus espacés. Bientôt ils deviennent grisâtres, striés de noir, brunâtres, tout à fait noirs; ces vomissements noirs alternent dans certains cas avec des vomissements de sang pur ou sont panachés de sang vif. Des malades peuvent avoir trente, quarante de ces vomissements dans les vingt-quatre heures. D'autres peuvent succomber sans en présenter un seul, mais, disons-le par anticipation, la matière noire spécifique se retrouve toujours dans l'estomac. La constipation peut être très-opiniâtre ; dans certains cas, les selles sont diarrhéiques, séreuses, ou bien composées de matière noire et de sang

Le vomissement noir est le résultat de l'hémorrhagie de l'estomac. Sa consistance varie; lorsqu'il est très-liquide, il est mêlé aux boissons; il est filant et visqueux, lorsqu'il contient du mucus gastrique. Il a été comparé à de l'eau salie par de la poussière (vomissement ailes de mouche), à une macération de tabac, à une infusion concentrée de thé, à du marc de café ou à de la suie délayée dans l'eau, dans certains cas, à du chocolat, à de la lavure de chairs.

« Les hémorrhagies, dit très-justement M. Cornilliac, lorsque la durée de la période de prostration leur permet de se montrer, pourraient constituer à elles seules une période : celle des hémorrhagies et du vomissement noir. » Ces hémorrhagies passives peuvent se produire à la surface de toutes les muqueuses, dans le tissu cellu-

laire, dans l'épaisseur des muscles et de la peau; la plus légère solution de continuité peut donner lieu à une perte de sang considérable.

L'hémorrhagie linguale commence par les bords et se fait ensuite par la surface de l'organe dépouillé de son épithélium. Quelquefois, au lieu de cet aspect rouge vif qui rappelle l'état de la langue dans la scarlatine, la langue est sèche, ridée, racornie et comme rôtie. Très-fréquente, mais peu grave, l'hémorrhagie linguale, comme les suintements de sang qui se font par les muqueuses gingivale, buccale et pharyngienne, peut prendre, dans des cas très-rares, des proportions inquiétantes. Il en est de même des épistaxis, qui peuvent avoir un caractère périodique, se répéter souvent et résister à tous les moyens hémostatiques. « Nous avons vu, écrit Catel [1], des malades perdre jusqu'à trois litres de sang par la seule exsudation de la langue, et quatre litres par le nez : ces hommes ont guéri. » (*Rapport du troisième trimestre* 1840.) Les hémorrhagies de la muqueuse oculo-palpébrale et celles du conduit auditif sont beaucoup plus rares que les précédentes.

La muqueuse de l'estomac est la principale voie ouverte à l'exhalation sanguine. Le vomissement noir n'est que le produit de cette exhalation plus ou moins modifié par les acides de l'estomac, par les liquides ingérés, par la durée du séjour ; plus ou moins abondant selon que les vomissements s'espacent ou se rapprochent : toutes conditions qui donnent au mélanhème des nuances différentes. La quantité peut finir par être considérable. Au lieu de matière noire, c'est dans quelques cas une véri-

[1] Cornilliac, *loc. cit.*, p. 105.

table gastrorrhagie. M. le docteur Arnoux [1] cite le cas d'un matelot de la frégate *l'Africaine*, qui succomba, dans l'épidémie de 1856, à une hématémèse ; la quantité de sang rejetée par la bouche était de deux kilogrammes.

La muqueuse du gros intestin fournit aussi une exsudation sanguine abondante. Les selles sont noires et très-fétides ou semblables à de la lie de vin. Elles s'accompagnent de tranchées et de ténesme et peuvent, dans les vingt-quatre heures, être évaluées à plus d'un litre. Les malades qui ont de ces graves hémorrhagies par le rectum ont l'aspect que donne la fièvre pernicieuse algide. Les yeux s'excavent, la face pâlit et se grippe, le pouls devient filiforme, la peau se couvre d'une sueur glacée et collante, l'haleine se refroidit et la mort peut brusquement survenir.

Les organes génitaux de la femme, vulve, vagin et cavité utérine, donnent lieu à une excrétion sanguine qui peut simuler la menstruation ou la métrorrhagie. La vessie et le canal de l'urètre sont rarement le siége d'un suintement sanguin. Malgré sa grande tendance aux hémorrhagies, la fièvre jaune diffère en cela de la rémittente bilieuse ou ictéro-hémorrhagique, dont l'hématurie est un des caractères essentiels.

Dans cette épidémie de 1856, j'ai vu, à l'hôpital de la marine de Saint-Pierre, des malades qui offraient des épanchements sanguins des membres. Le sang était infiltré dans le tissu cellulaire et les interstices musculaires, et même aussi dans l'épaisseur des muscles. Ces épanchements, liés à un état très-grave, sont précédés

[1] Cornilliac, *loc. cit.*, p. 110.

d'un sentiment de gêne et de constriction, remplacées par une vive douleur circonscrite en un point où se dessine une ecchymose. A mesure que l'infiltration sanguine augmente, le volume du membre s'accroît, sa température s'abaisse ; la peau distendue est luisante et d'une vive sensibilité ; les douleurs sont incessantes et exaspérées par le moindre contact et le moindre mouvement. Il peut être nécessaire, dans les cas assez rares où la mort ne survient pas, de pratiquer de larges débridements.

Outre ces infiltrations plus ou moins considérables occupant le tissu cellulaire profond ou sous-cutané, on observe aussi des pétéchies sur les membres, le tronc et la poitrine surtout. Le docteur Cornilliac signale aussi de larges plaques d'un rose pâle et irrégulières, constituées par des plaques plus petites et semi-lunaires. Ces plaques tranchaient sur la coloration jaune de la peau, sans faire aucune saillie, s'effaçaient sous la pression du doigt pour reparaître et avaient quelque ressemblance avec l'éruption morbilleuse. Dans d'autres cas, on rencontrait, surtout sur la peau du tronc, de larges taches plus foncées qui s'effaçaient aussi sous la pression digitale. Ces taches, de coloration, de formes et d'étendue différentes, doivent être attribuées à la stase du sang dans les capillaires de la peau.

Comme dans l'hémophilie, dans la fièvre jaune, les solutions de continuité de la peau, même les plus légères, donnent lieu à des hémorrhagies graves, incoercibles même. Les coupures, les excoriations, les piqûres de sangsues, l'ouverture de la veine, la dénudation du derme par un vésicatoire exposent à ce péril.

La tendance aux hémorrhagies, dont le vomissement noir est la plus fréquente et la plus constante, caracté-

rise avec la suffusion jaune, généralisée à toute l'enveloppe cutanée, la deuxième période de la fièvre jaune. Un troisième grand caractère est fourni par les urines. La présence de l'albumine et, dans les cas très-graves, la suppression des urines sont deux symptômes d'une haute importance. L'albumine a été signalée à Surinam, en 1851, par M. Dumortier; à Philadelphie, en 1853, par MM. Laroche et Bache; par M. le docteur Walther dans sa *Thèse inaugurale* (Montpellier, 1855); à Lisbonne, en 1857, par M. Coutinho. Dans l'épidémie de la Martinique de 1855 à 1857, les expériences de MM. Chapuis, Ballot et Cornilliac ont éclairé ce point de pathologie.

Dans la première période de la fièvre jaune, les urines sont tantôt claires et décolorées, tantôt foncées, mais elles ne fournissent jamais de précipité albumineux, ni par la chaleur, ni par l'acide azotique. Dans la seconde période, au contraire, du troisième au quatrième jour, d'après M. Cornilliac, l'albumine se montre dans les urines, et la quantité décelée par les réactifs devient de plus en plus considérable et augmente en raison directe de la gravité de la maladie. La recherche de l'albumine dans l'urine servirait à établir le diagnostic différentiel de la fièvre jaune et des autres pyrexies qui règnent en même temps qu'elle, ou qui lui ressemblent par certains caractères. Les nombreux essais faits par MM. Ballot et Cornilliac démontrent que le précipité albumineux ne se rencontre dans aucune forme de fièvre intermittente, qu'il apparaît seulement au début de la deuxième période de la fièvre jaune et qu'il en est un signe constant, pouvant servir à la fois au diagnostic et au pronostic. Ce passage de l'albumine dans les urines ne tient pas à une

lésion des reins qui, dans la plupart des autopsies, n'offrent aucune altération apparente. Comme dans certaines maladies graves, dans le choléra, par exemple, c'est à l'altération du sang qu'il faut l'attribuer.

La suppression des urines s'observe également dans la fièvre jaune et dans le choléra; elle est moins fréquente et moins précoce dans la première. Quand elle se présente au début, ce qui est très-rare, elle annonce un état presque désespéré. C'est un signe pronostique fâcheux, presque toujours un symptôme ultime. Souvent, en effet, quand la maladie doit avoir une issue funeste, les urines cessent de couler vingt-quatre ou trente-six heures avant la mort. Il y a, dans ces cas, anurie, arrêt de sécrétion. Dans quelques circonstances plus rares, il y a seulement rétention par inertie de la vessie. Dans un cas, le cathétérisme n'amène rien et la vessie est trouvée vide à l'autopsie; dans l'autre cas, le réservoir urinaire est plus ou moins distendu.

Les symptômes cérébraux n'ont, dans la fièvre jaune, ni la fréquence ni l'importance, au point de vue du diagnostic, de la suffusion jaune et du vomissement noir. Si, dans quelques cas, dès le début, la souffrance profonde des centres nerveux se traduit par le tremblement de la langue, l'irrégularité du pouls et les soubresauts des tendons, le plus ordinairement les accidents nerveux n'apparaissent qu'à la suite des autres symptômes de la seconde période. Ils ne sont nullement liés à l'état fébrile; leur intensité correspond, en effet, à la fin de cette période où la fièvre est à peu près nulle. Ces accidents sont d'ailleurs bien loin d'être constants. Ainsi, dans l'épidémie de 1855 à 1858, la plupart des malades ne les présentaient pas, et conservaient

leur intelligence intacte jusqu'au dernier moment.

Les accidents nerveux revêtent des formes très-variées. Le plus fréquent de tous, le délire, est aigu, gai ou triste, tranquille ou furieux, prend parfois la forme érotique, apparaît la nuit de préférence, est presque toujours continu, s'arrête et peut être suivi de guérison, et d'autres fois persiste jusqu'à la mort. Ce délire doit faire surveiller les malades. M. le docteur Cornilliac cite des faits où le malade en proie aux hallucinations est sorti brusquement de son lit et s'est précipité par la croisée, d'autres où des marins ayant cette forme spéciale de délire, la calenture, s'échappaient de la salle, entraînés par le désir irrésistible de se plonger dans l'eau.

Les autres accidents nerveux sont une stupeur légère ou un assoupissement plus ou moins prononcé ; quelquefois le coma s'établit d'emblée ou succède au délire ; ou bien ce sont des convulsions se montrant subitement alors que les autres symptômes n'avaient rien de grave en apparence ; plus souvent les convulsions générales apparaissent comme complication ultime, ainsi que les soubresauts des tendons, le strabisme, la mucitation et la carphologie. La dysphagie, le hoquet dont la persistance fatigue le malade, sont des phénomènes nerveux rares et qui ne se présentent guère qu'à la fin. Dans quelques cas, l'hyperesthésie de la peau est portée au point que le moindre contact arrache des cris. Certains malades poussent des cris continus ou intermittents pendant deux ou trois jours avant de mourir, sans qu'ils puissent dire d'où ils souffrent, bien qu'ils aient conservé leur intelligence. « C'est quelquefois, dit M. Dutroulau [1],

[1] *Loc. cit.*, p. 350.

le caractère ou la constitution du malade qui le fait pencher vers l'ataxie ou l'adynamie : rien n'est plus tranché que la différence qui existe, pour la manière dont se traduisent les souffrances, entre les Méridionaux et les hommes du Nord. »

Complications. — Les parotides, ainsi que les abcès, sont des complications, assez rares, d'ailleurs, de la seconde période de la fièvre jaune. Les parotides qui apparaissent du sixième au huitième jour n'ont pas toujours le temps de se développer. Quand la mort ne survient pas, elles arrivent à s'abcéder après avoir occasionné des douleurs intolérables. D'après M. Dutroulau, celles qui se montrent pendant la seconde période sont mortelles; celles qui se déclarent plus tard sont susceptibles de guérison. M. Cornilliac [1] a remarqué que les parotides sont plus graves chez les enfants que chez les adultes. Ainsi, en 1857, chez les mousses, les parotides furent constamment suivies de mort. Elles étaient accompagnées d'otorrhée, d'angine couenneuse, d'ulcération de la muqueuse buccale et pharyngienne, de gangrène de l'arrière-bouche, de destruction du voile du palais et des piliers.

Les abcès sont aussi très-graves ; ils peuvent être volumineux, et, même alors, ne présenter ni rougeur ni chaleur ; ils siégent dans les membres, sur le tronc, le col, la face et le cuir chevelu ; le pus séreux qu'ils contiennent ressemble à celui des abcès froids. « Chez un marin du commerce, rapporte M. Cornilliac [2], un de ces abcès fort volumineux, situé sur la partie antérieure de la poitrine, au niveau de la deuxième pièce du ster-

[1] *Loc. cit.*, p. 120.
[2] *Loc. cit.*, p. 130.

num, présentait des battements isochrones à ceux du pouls et en imposa pour un anévrysme... Le pus occupait, à l'autopsie, le médiastin antérieur et enveloppait la seconde pièce du sternum qu'il avait presque détachée : l'abcès reposait, par conséquent, sur le péricarde et était soulevé par chaque mouvement du cœur. »

Des symptômes choléroïdes apparaissent dans la seconde période chez certains sujets et dominent tellement les symptômes de la fièvre jaune que celle-ci semble s'être transformée en choléra. « Ces derniers, dit M. le docteur Ballot, dans son rapport du deuxième trimestre de 1857, présentaient tous les symptômes du choléra indien, moins les selles riziformes : en effet, la peau était froide, couverte d'une sueur visqueuse, se plissait et se cyanosait aux extrémités, la voix était éteinte, les yeux s'enfonçaient et le facies devenait hippocratique... Chez ceux, au nombre de cinq, qui ont présenté des accidents cholériformes, la mort a toujours eu lieu ; tous, à l'autopsie, avaient de la matière noire, soit dans l'estomac, soit épanchée dans les intestins. »

Cette complication n'est pas fatalement mortelle. Les accidents cholériques peuvent se dissiper au bout de trente-six à quarante-huit heures, et la fièvre jaune reprendre sa marche ordinaire. Dans certains cas, la similitude avec le choléra est parfaite ; dans d'autres, les symptômes sont mitigés. Avec les autres signes caractéristiques, on observe les déjections fréquentes et spécifiques ; les vomissements sont riziformes, ils déposent au fond du vase un sédiment brunâtre, ou sont teints de sang ; les selles sont blanchâtres et souvent mêlées au suintement sanguin du gros intestin.

Je ne saurais considérer cette complication comme

appartenant réellement au choléra. Elle me semble liée plutôt à la fièvre palustre qui, chez certains malades, à la fin de la fièvre jaune, manifeste son influence par des accès franchement intermittents. Les accidents cholériques doivent être rapportés plutôt, suivant l'intensité qu'ils présentent, à la fièvre algide ou à la pernicieuse cholérique. Nous avons vu précédemment avec quelle facilité l'élément palustre s'ajoute, en les compliquant, à tous les états morbides aux Antilles. « Le plus souvent, observe M. Dutroulau [1], aucun phénomène étranger ne vient troubler la convalescence de la fièvre jaune; il n'est pas rare pourtant de voir se réveiller les maladies endémiques qui ont précédé : ainsi, dans la saison fraîche surtout, et chez les sujets soumis précédemment à l'infection palustre, on voit se déclarer des accès de fièvre intermittente qui semblent être une sorte de terminaison; il en est de même de la dysenterie, quand un malade atteint de cette endémie vient à être pris de fièvre jaune intercurrente; j'ai recueilli l'observation d'une dysenterie ancienne ravivée par la fièvre jaune et ayant déterminé la mort. »

La fièvre jaune dispose l'économie à l'ulcération, à la suppuration et à la gangrène. C'est à cette disposition qu'il faut attribuer les érysipèles gangréneux, les anthrax, les furoncles dont les éruptions sont comme épidémiques dans quelques cas, tant elles sont fréquentes; les abcès des membres et du tronc, qui succèdent le plus souvent aux foyers hémorrhagiques du tissu cellulaire; les plaies de position, si vite suivies d'ulcérations plus ou moins étendues, profondes et rebelles; les gangrènes

[1] *Loc. cit.*, p. 355.

partielles des membres ; celle de la muqueuse palatine et du voile du palais coïncidant avec les parotides suppurées, et la gangrène buccale liée à une éruption herpétique de la face. Le docteur Cornilliac a observé chez des malades qui succombent à ces graves complications, même à une époque éloignée du début, au dix-huitième jour de la maladie, le retour des vomissements noirs ou la présence du mélanhème dans l'estomac et l'intestin. Enfin, il existe une autre complication très-rare, consécutive à la fièvre jaune sans lui être particulière, c'est la paraplégie, qui s'observe aussi dans d'autres maladies très-graves, la dothiénentérie, la diphthérie et la dysenterie.

Marche, durée et terminaisons. — La marche dépend de la gravité des symptômes, très-différents suivant les cas. A côté des plus graves, il y en a de si légers qu'on hésite à les rapporter à l'épidémie. Ces accidents légers se retrouvent dans toutes les épidémies de fièvre jaune. Ils ont été notés par divers observateurs. A Gibraltar, en 1828, rapporte M. Trousseau [1], « parmi ceux qui étaient épargnés par le fléau, nous recueillîmes les renseignements suivants, que nous donnèrent des personnes qui avaient vu ces individus tout jeunes, alors qu'ils ne pouvaient avoir conscience de ce qui leur arrivait. On nous disait que ces individus avaient autrefois teté l'épidémie (c'était l'expression dont on se servait), et par là on entendait que ces individus, alors à la mamelle, avaient eu des accidents légers, une fièvre jaune qui avait duré trois ou quatre jours. Or, ces accidents légers, nous les observions nous-mêmes chez d'autres dans

[1] *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. I, p. 505.

l'épidémie que nous étudiions. Ceux qui les éprouvaient avaient, pendant quelques jours, du malaise qui ne les empêchait pas de se livrer à leurs occupations habituelles, et nous comprenions comment le mal pouvait rester méconnu. » Nous verrons plus loin dans quelle mesure une influence aussi légère est susceptible de prévenir les récidives.

La marche est essentiellement continue, quelle que soit la durée de la maladie ; celle-ci n'offre réellement que deux périodes. Dans certains cas, la période fébrile, dite d'excitation, ou de réaction, est la seule qu'on observe, soit à cause de la bénignité des symptômes, soit parce que les accidents sont arrêtés par le traitement. La rapide succession des symptômes les plus graves, amenant une prompte et fâcheuse terminaison, ne semble constituer qu'une période unique. Dans le plus grand nombre des cas, l'évolution plus longue et plus régulière permet d'observer une seconde période caractérisée par une physionomie toute différente. La transition des symptômes a lieu graduellement, ou bien entre les deux période existe une rémission où la suspension des accidents n'est jamais qu'une courte trêve. Dans les cas rapidement mortels et dans les cas à marche plus lente, ce sont les accidents de la seconde période : la suffusion jaune, les hémorrhagies diverses, le vomissement noir, les symptômes cérébraux, qui font toute la gravité.

La fièvre jaune qui parcourt régulièrement ses périodes dure de cinq à sept et neuf jours ordinairement. La mort arrive exceptionnellement après le onzième et le treizième : dans ce dernier cas, il y a des complications typhoïdes ou autres. La durée peut se prolonger au delà du vingtième jour pour quelques malades qui finissent

par être emportés par quelque grave complication consécutive, telle que les abcès, les anthrax, les plaies gangréneuses de position. La fièvre jaune légère dure trois ou quatre jours seulement ; dans des cas très-graves, la mort survient en moins de deux jours. Dans la fièvre jaune foudroyante, où les malades meurent sur pied en quelques heures, il y a toujours eu un état latent de l'affection, dont le malade n'a pas tenu compte. C'est chez des hommes robustes et durs à la peine que j'ai observé de ces morts rapides. J'ai vu un matelot américain se rendant à l'hôpital, où il allait mourir quelques heures plus tard, vomir noir pendant la route. Cet homme, qui jusque-là avait travaillé, avait évidemment négligé les premiers symptômes, et n'avait accusé la maladie que lorsqu'il n'avait plus pu la dominer.

Dans l'épidémie que j'ai observée, les terminaisons différaient beaucoup. Tantôt le malade mourait dans un état de pénible anxiété, avec des spasmes, des soubresauts des tendons ; tantôt il éprouvait cette amélioration trompeuse, ce grand calme si justement appelé *le mieux de la mort*. Souvent il expirait après un vomissement noir. Ordinairement les facultés se conservaient jusqu'au dernier moment, et beaucoup de malades avaient le pressentiment de leur fin prochaine. Il y avait parfois un délire léger. Quelques adolescents étaient en proie à des hallucinations fatigantes et à un délire furieux. Dans quelques cas, les convulsions générales succédaient aux vomissements noirs et terminaient la scène.

La mort par asphyxie est une des terminaisons les plus fréquentes de la fièvre jaune. La face devient turgescente, les veines du cou se gonflent, l'haleine se refroidit, la respiration embarrassée s'entend à distance ;

aux gros râles muqueux succède le râle trachéal, les mouvements diminuent, l'intelligence se voile, la sensibilité se perd, et les progrès de l'asphyxie amènent la mort dans un espace de temps qui varie de quelques heures à douze ou vingt-quatre heures. Cette longue durée s'observe dans l'asphyxie qui accompagne l'état comateux.

La terminaison par syncope est souvent précédée de ce calme nommé *le mieux de la mort*. Celle-ci succède au sommeil ou est déterminée par un mouvement du malade pour se lever et s'habiller. M. le docteur Rufz [1] cite le fait d'un capitaine de navire de commerce américain qui mourut ainsi en mettant ses bottes.

Il est d'autres malades qui ne peuvent mourir malgré les abondantes hémorrhagies qui se font jour par les muqueuses et le derme dénudé et qui, sans aucune espérance, comptent, avec toute la lucidité de leur esprit, les jours de leur lente agonie. « Chez un jeune novice déjà au neuvième jour, rapporte M. Cornilliac [2], le pouls, depuis quatre jours, n'était plus perceptible à la radiale. Froid et glacé comme un cholérique, il était, disait-il, dévoré par un feu intérieur et ne se trouvait bien que dans l'eau fraîche. Deux fois, la veille de sa mort, il s'échappa des salles et il fallut l'y faire rentrer. »

Les malades qui ont des symptômes ataxiques cherchent à se lever, retombent, se raidissent et meurent au milieu d'un vomissement ou en luttant contre les infirmiers qui les retiennent dans leur lit. « C'est une terrible chose à voir, dit M. le docteur Cornilliac [3], que cette agonie accompagnée de cris arrachés par la souf-

[1] Cornilliac, *loc. cit.*, p. 128.

[2] Idem, *ibidem*, p. 104.

[3] *Loc. cit.*, p. 128.

france, de paroles incohérentes, expression du délire; que ces hommes à face jaune, grippée, barbouillée de sang et de matière noire, aux yeux d'un rouge fauve, hagards, au corps et aux vêtements souillés du sang des hémorrhagies, qui s'élancent de leur couche, se roulent par terre et se tordent dans d'affreuses convulsions; ou bien, conservant encore leur raison au milieu de ces désordres de l'organisme, ils implorent en vain le médecin impuissant à les soulager et à les guérir. » Tel est le tableau exact qu'offrait une salle d'hôpital dans la fièvre jaune de 1856 à Saint-Pierre.

La guérison arrive rapidement et sans convalescence dans les formes légères; dans les formes plus graves, vers le sixième ou le septième jour, quelquefois avant, la peau prend une douce moiteur; la coloration jaune se dissipe ou se prononce davantage en passant au jaune d'ocre; la sécrétion urinaire se rétablit; la langue se nettoie et s'humecte; les hémorrhagies ne se répètent plus; la langue et les gencives, encore rouges, laissent cependant exsuder encore un peu de sang, et une convalescence longue et difficile, par suite de l'affaiblissement extrême du malade, tend dès lors à s'établir. Quelquefois la convalescence est enrayée par des parotides qui apparaissent à ce moment et par des abcès siégeant de préférence aux membres inférieurs. Dans le cours de la maladie et au commencement de la convalescence, j'ai rencontré aussi diverses éruptions cutanées indéterminées, des taches diverses dont quelques-unes rappelaient la tache rosée lenticulaire, des furoncles, des pustules d'acné, d'ecthyma, des bulles de rupia.

Les rechutes de la fièvre jaune, à quelque moment de la convalescence qu'elles surviennent, sont toujours

graves. Celles que j'ai observées ont été funestes. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer de récidives. D'après des faits malheureux, il est évident qu'un long séjour dans les pays tempérés fait perdre le bénéfice de l'immunité à ceux qui ont contracté la fièvre jaune une première fois. Nous avons vu plus haut que dans l'épidémie de Gibraltar, en 1828, la maladie n'avait pas récidivé chez ceux qui, quinze ans auparavant, en avaient présenté les symptômes les plus légers. Il serait loin d'en être ainsi aux Antilles, d'après M. Dutroulau [1]. « Les récidives, écrit-il, ont été fréquentes d'une année à l'autre, après une première attaque de fièvre jaune légère, incomplète, pendant la période épidémique que je viens de traverser; et probablement celles qu'on a signalées dans d'autres épidémies ne tenaient qu'à cette propriété de récidiver que possède la fièvre jaune légère, contrairement à la fièvre jaune confirmée et complète. Cette observation s'appuie sur un nombre de faits assez nombreux pour qu'il ne soit pas douteux pour moi que la fièvre jaune qui n'a pas parcouru ses deux périodes ne préserve pas sûrement de la fièvre jaune grave. Après une première atteinte de fièvre jaune grave bien constatée, au contraire, je n'ai pas observé une seule récidive. »

Pronostic. — La fièvre jaune est, avec la peste et le choléra, un des fléaux de l'humanité. La léthalité varie avec le génie de chaque épidémie, suivant la proportion des cas graves aux cas légers ou de moyenne intensité. Aux Antilles [2], le chiffre de la mortalité en moyenne est de 1 sur 3; mais si les cas légers prédominent, comme

[1] *Loc. cit.*, p. 369.
[2] Dutroulau, *loc. cit.*, p. 360.

à la Guadeloupe en 1852, il peut ne plus atteindre que 1 sur 7 ou 8, tandis que si ce sont les cas graves qui dominent de beaucoup, comme en 1854, il s'élève jusqu'à 60 pour 100 et plus encore dans certains moments.

Les symptômes qui rendent le pronostic grave et annoncent presque toujours une terminaison funeste sont l'irrégularité et la grande fréquence du pouls au début, coïncidant avec l'embarras et le tremblement de la langue et l'anxiété de la respiration ; le passage rapide de la première à la seconde période marqué par l'apparition précoce de la suffusion jaune, du vomissement noir et des hémorrhagies ; l'abondance ou la répétition de celles-ci et du vomissement spécifique, ainsi que l'augmentation progressive de l'albumine dans les urines; la suppression de ces dernières, les parotides, les hémorrhagies interstitielles des membres, les phénomènes ataxiques ou comateux, la respiration suspirieuse, le hoquet et les convulsions partielles ou générales et surtout la sédation qui succède à la plupart de ces symptômes et dont le nom : *le mieux de la mort*, caractérise le danger imminent. Toutefois le pronostic de la fièvre jaune commande la plus grande réserve. Des malades qui paraissent légèrement atteints succombent rapidement ; d'autres, dont la situation est désespérée, guérissent après avoir offert les symptômes les plus redoutables : des hémorrhagies et des vomissements noirs répétés.

Dans l'épidémie de 1856, j'ai découvert un symptôme qui a une grande valeur au point de vue du pronostic et qui est aussi un des caractères de la seconde période de la fièvre jaune [1]. Ce signe ne se rencontre pas chez

[1] *Des ictères de la fièvre jaune.* Mémoire lu à l'Académie des sciences. Séance du 20 juillet 1857.

tous les malades qui doivent guérir, mais ceux qui le présentent ne succombent presque jamais. C'est un véritable ictère, très-différent de la suffusion jaune que le malade offrait auparavant, qui tranche par une coloration plus foncée sur la teinte jaune primitive, coïncide avec l'amendement des symptômes et marque le début de la convalescence.

Il y a dans la fièvre jaune deux ictères : l'un constant, caractéristique, apparaissant dès les premiers jours, et, quand la mort a été trop prompte, se montrant alors sur le cadavre, coïncidant avec un ralentissement remarquable de la circulation capillaire : c'est l'ictère spécial de la maladie, celui qui lui a valu son nom. L'autre, accidentel, n'apparaissant que dans la seconde période, sans gravité, ne se montrant que dans un nombre limité de cas, coïncidant parfois avec un notable ralentissement du pouls (40 à 50 pulsations par minute) et souvent accompagné d'éruptions furonculaires. L'ictère caractéristique ne provient pas des éléments de la bile; il succède, à la sclérotique et au visage, à l'injection vive qui les rougissait ; il annonce un état très-grave quand il prend la teinte jaune paille. L'examen du sérum du sang et de l'urine n'y révèle pas la présence de la bile.

Le second ictère est une cholémie ; il est aisé à reconnaître à l'examen clinique; la peau, lorsqu'il apparaît, devient moins sèche, brunit et passe au jaune d'ocre. Les urines, qui ne tardent pas à se rétablir, en même temps que les autres symptômes s'amendent, sont huileuses, safranées, teignent le linge en jaune et donnent avec l'acide nitrique un précipité vert, soit isolé, soit mêlé à des flocons d'albumine. Ce précipité

vert persiste assez longtemps pendant la convalescence.

Diagnostic. — Aux Antilles, en temps d'épidémie, le diagnostic de la fièvre jaune n'offre pas de difficultés. Les cas sporadiques pourraient être plus aisément méconnus et rapportés, à cause de la ressemblance des symptômes, aux fièvres palustres graves, à la bilieuse hémorrhagique, qui règnent dans les mêmes localités, ou même à l'ictère grave. Les différences que présente la symptomatologie sont assez nombreuses ou tranchées pour établir le diagnostic différentiel. C'est avec les fièvres graves de Saint-Pierre que la confusion serait le plus aisée. Le tableau suivant ne pourrait-il pas être pris pour celui de la fièvre jaune?

Au début, sécheresse et élévation de température de la peau, courbature, céphalalgie, injection des yeux, élévation du pouls, qui est large et plein, rarement petit et concentré et qui donne de 120 à 160 pulsations. Langue rouge ou légèrement saburrale, constipation plus ordinaire que la diarrhée, urines colorées et tendant à devenir rares. L'injection oculaire se prononce de plus en plus; le visage, d'abord vultueux, prend souvent une teinte jaunâtre, qui s'aperçoit aussi sur les sclérotiques. Le pouls, toujours élevé, reste régulier ou présente des intermittences; la percussion ne révèle ni douleur ni augmentation de la rate et du foie; suppression complète des urines. Nausées précédant quelques vomissements de mucosités ou de bile. Les vomissements contiennent bientôt des stries noires, deviennent grisâtres, brunâtres, tout à fait noirs, très-fréquents (il y en a trente, quarante dans les vingt-quatre heures) et alternent avec des vomissements de sang vif. Délire fugace, rarement violent; intelligence le plus ordinairement saine jusqu'à

la fin ; soubresauts des tendons, refroidissement des extrémités, convulsions générales. L'adulte meurt plutôt après un vomissement noir ; l'enfant, après une convulsion. Après la mort, la teinte jaune devient plus marquée.

A côté de ces ressemblances, que de traits qui diffèrent ! Chez l'enfant surtout, le vomissement noir peut se montrer dès le second accès ou au troisième, qui est presque toujours mortel ; le premier accès passe souvent inaperçu, tant il est léger. L'intermittence est bien marquée dans ces cas Dans ces fièvres graves, elle existe constamment au début, tandis qu'elle se rencontre exceptionnellement dans la fièvre jaune, dont la marche est essentiellement continue. Ces fièvres sont rémittentes ou pseudo-continues. Quelquefois la fièvre rémittente a été précédée plusieurs jours de suite d'accès si légers, que le malade ne s'en est pas préoccupé ; ou bien la longue durée des accès a favorisé la modification du type, ou encore des accès subintrants ont promptement transformé la fièvre en pseudo continue ; mais toujours l'on arrivera à constater l'intermittence au début.

Dans la fièvre jaune, les deux périodes sont distinctes ; la seconde caractérise plus particulièrement la maladie. Dans ces fièvres graves, il n'y a réellement qu'une période, qui se rapproche plutôt de la première que de la seconde période de la fièvre jaune. Dans celle-ci, le vomissement noir se montre avec la suffusion jaune ; dans celles-là, la teinte jaune peut manquer ou ne se produire que sur le cadavre ; les yeux, moins injectés d'ordinaire, peuvent ne pas jaunir, et les vomissement noirs peuvent se montrer dès le premier ou le second jour, ou, lorsque le type est pseudo-continu, n'apparaître que le quinzième ou le dix-huitième jour. Ainsi la durée dans les

deux maladies diffère comme la marche des accidents. Très-rarement la suffusion jaune est aussi prononcée que dans la fièvre jaune; le second ictère, véritable cholémie, qui marque souvent la convalescence de celle-ci, ne se retrouve pas dans l'autre. Les hémorrhagies linguale, buccale, gingivale, anale, vaginale, interstitielles des muscles et des membres, les abcès, les parotides ne s'observent que dans la fièvre jaune.

Dans la pratique, des circonstances accessoires éclairent le diagnostic. Lorsque ces fièvres graves se rencontrent, on observe en même temps tous les types et toutes les variétés de la fièvre palustre. Elles règnent quelquefois épidémiquement sans coïncider avec la fièvre jaune. En changeant de caractère, elles augmentent de gravité. A la fin de juillet 1857, la fièvre jaune avait disparu de Saint-Pierre. Deux épidémies meurtrières de fièvres se montrèrent de juillet à novembre 1859 et dans les derniers mois de 1861. La dernière fut remarquable par la fréquence des accès pernicieux ; la première n'atteignit qu'un petit nombre d'adultes et frappa surtout l'enfance. Toutes les deux sévirent sur la population créole et épargnèrent les Européens établis en grand nombre dans la ville. La fièvre jaune ne touche guère les races tropicales et ne frappe que les inacclimatés. Cette différence d'action n'implique-t-elle pas une différence d'origine que semblent démontrer d'autres faits appartenant à l'étiologie, à la symptomatologie et au traitement?

Ces fièvres palustres ou telluriques de Saint-Pierre sont concentrées en un foyer au delà duquel elles ne sauraient s'irradier. La fièvre jaune est transmissible et transportable loin du foyer primitif, et peut, sous la

zone torride comme sous la zone tempérée, constituer des foyers secondaires d'une grande activité. L'immunité que la fièvre jaune crée pour l'avenir quand son atteinte a été grave, n'existe pas pour ces fièvres. Le malade le plus sérieusement frappé n'est pas à l'abri des récidives légères ou graves. Entre autres exemples, je me rappelle un enfant qui, après avoir eu, en 1859, des vomissements noirs et des convulsions, mourut en 1861, après deux jours de fièvre avec les mêmes accidents. Enfin, le sulfate de quinine, qui, malgré la gravité des symptômes, reste si puissant contre ces fièvres, est sans action aucune contre la fièvre jaune.

La fièvre bilieuse hématurique, rare à Saint-Pierre (Martinique), fréquente à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), est moins aisée à confondre avec la fièvre jaune. En étudiant les caractères qui la rapprochent de celle-ci, on découvre que, pour la plupart d'entre eux, la ressemblance ne tient qu'aux apparences. Aux Antilles, ce n'est pas sur les Européens non acclimatés que s'observe la fièvre bilieuse, elle atteint plutôt les créoles et ne semble se développer que chez ceux dont les climats chauds ont éveillé la prédominance hépatique.

Dans la première période de la fièvre jaune, le visage est animé, vultueux, prend une teinte rouge acajou. Dès le début, l'accès jaune présente les caractères les plus tranchés de la suffusion bilieuse. Dans la seconde période de la fièvre jaune, l'injection vive de la conjonctive et la coloration rouge du visage font place à une teinte jaune clair qui se généralise à toute la peau. Les nuances partent du jaune pâle et deviennent rarement foncées. Les urines soumises aux réactifs ne donnent pas de précipité dont la couleur indique la présence de la

bile, et l'albumine qui s'y dépose ne provient pas du mélange du sang. Dans la fièvre bilieuse, les teintes de la peau, qui vont du jaune safran au jaune d'ocre, proviennent de la suffusion bilieuse dont l'intensité augmente avec les exacerbations de l'état fébrile. Chez certains malades de fièvre jaune, la cholémie, au moment de la convalescence, remplace la teinte ictérique primitive ; mais la marche, la durée et la différence des symptômes antérieurs empêcheront toute confusion avec la fièvre ictéro-hémorrhagique. Dans celle-ci, les vomissements et les selles bilieuses jaunes, vert clair ou vert foncé sont un symptôme prédominant. Ces déjections bilieuses se montrent avec l'ictère dès le début et sont fréquentes ou copieuses. On n'y trouve que des traces de sang. Dans la fièvre jaune, les vomissements d'abord aqueux, rarement mélangés de bile, deviennent grisâtres, tout à fait noirs et mêlés de sang vif. C'est dans la seconde période qu'ils se montrent, ainsi que les selles sanglantes.

A cette période, les urines, plus ou moins rares et foncées, sont fréquemment supprimées. L'hématurie est un symptôme rare. Dans la bilieuse néphorrhagique, au contraire, les urines, très-rarement supprimées, sont très-foncées, comparable au vin de Malaga, à de l'encre, à une infusion de café. Dans les formes rémittente et continue, l'abondance de la sécrétion urinaire est en raison inverse de la quantité de sang mélangée à l'urine. L'hématurie peut être intermittente comme l'ictère, commencer avec l'accès, augmenter dans le stade de chaleur et cesser peu d'heures après le déclin de la fièvre pour reparaître avec un nouvel accès. L'hématurie est ici le symptôme capital. C'est par des voies autre-

ment nombreuses et variées que les hémorrhagies se font dans la fièvre jaune, à laquelle appartiennent exclusivement les taches hémorrhagiques de la peau, ainsi que les foyers sanguins du tissu cellulaire et des muscles.

La confusion entre l'ictère grave et la fièvre jaune est impossible pour celui qui a vu les deux maladies. Les symptômes violents qui marquent l'invasion de l'une ne se rencontrent pas d'ordinaire au début de l'autre. Les hémorrhagies intestinale et stomacale sont assez rares et assez peu abondantes dans l'ictère malin. Dans la fièvre jaune, les hémorrhagies sont multiples, variées, abondantes; le vomissement noir en est le symptôme capital. Dans l'une, absence d'ictère ; dans l'autre, comme phénomène primordial et essentiel, une véritable cholémie avec le précipité caractéristique que les urines donnent par les réactifs. L'évolution des symptômes antérieurs ne permettrait pas de confondre l'ictère accidentel de la seconde période, qui annonce généralement une heureuse terminaison et coïncide avec l'amendement de tous les symptômes, avec les graves accidents de l'ictère malin.

Anatomie pathologique. — La raideur cadavérique est rapide, prononcée et persistante. La coloration jaune générale devient plus foncée; les parties déclives et celles dont le réseau veineux est très-développé, la tête et le cou, sont maculés de taches violacées qui ici tranchent sur la coloration safranée, là se confondent avec elle par des dégradations de teintes. La face tuméfiée et violacée, ainsi que le cou et la partie supérieure du thorax, donne parfois au cadavre l'aspect de l'asphyxie, aspect que complète l'écume bronchique qui remplit

souvent la bouche et les fosses nasales. De ces orifices s'écoule, surtout à la suite de mouvements imprimés, un liquide couleur de suie ou de café, ou un sang noirâtre. Du sang continue, après la mort, à transsuder des vésicatoires, des piqûres de sangsues, de la piqûre de la saignée ou de toute autre ouverture accidentelle. L'hypostase sanguine n'envahit pas seulement les plans déclives, mais se montre à la paume des mains, à la plante des pieds, à la verge et au scrotum. C'est une extravasation sanguine dans la couche superficielle du derme.

Lorsqu'on ouvre le crâne, la dure-mère frappe par sa teinte safranée. Le sinus longitudinal incisé fournit un sang noir poisseux, ou lie de vin, dont la quantité arrive quelquefois à remplir exactement la voûte du crâne détachée et disposée pour le recevoir. La sérosité limpide ou sanguinolente épanchée dans la cavité de l'arachnoïde, dans les ventricules du cerveau et du cervelet, est plus considérable que dans l'état normal.

« Les veines qui se ramifient sur la surface des hémisphères cérébraux, relate le docteur Cornilliac [1], sont gorgées de sang ; elles circonscrivent des méandres bleuâtres qui remplissent exactement les anfractuosités. Souvent on rencontre du sang épanché sur les circonvolutions, disposé sous forme de plaques qui s'étendent parfois sur la moitié de la face externe de l'hémisphère, ou dans les anfractuosités. Ce sang transsude à travers les parois vasculaires pendant la vie et n'est point un phénomène cadavérique : des autopsies faites, en temps d'épidémie, quatre à six heures après la mort, en font foi. La trame vasculaire de la pie-mère est aussi très-

[1] *Loc. cit.*, p. 148.

injectée ; elle participe à cet état de plénitude, ainsi que la toile choroïdienne, et l'on peut suivre, sous la membrane ventriculaire, le trajet des vaisseaux, qui y sont fortement dessinés. Il n'est pas rare de rencontrer dans les sinus de la dure-mère des caillots fibrineux remplissant les deux tiers du calibre de ces vaisseaux. »

La consistance de la substance cérébrale semble normale. Les deux substances offrent parfois à la coupe une légère teinte jaune; la médullaire est piquetée de points rouges dus à un suintement sanguin. Mêmes apparences pour le cervelet. La dure-mère rachidienne, le ligament dentelé et le névrilème de la moelle épinière sont colorés en jaune. Comme les sinus cérébraux, le système veineux rachidien est gorgé d'un sang noir et poisseux. La moelle est consistante et ses coupes présentent aussi un sablé de points rouges.

Le péricarde est teint en jaune comme tous les autres tissus fibreux de l'économie. La sérosité, plus abondante, est presque toujours de couleur citrine. Dans la moitié des cas, d'après M. Dutroulau, le cœur est pâle, flasque, ramolli et quelquefois diminué de volume. Les tendons et les valvules sont colorés en jaune; les cavités gauches sont vides ou contiennent très-peu de sang fluide; les cavités droites renferment un sang noir poisseux ou en caillots, mêlé à des concrétions ambrées libres ou prises dans les colonnes charnues. Il n'est pas rare de rencontrer des plaques hémorrhagiques, lie de vin, à la surface interne du cœur et, entre ses couches musculaires, de petits épanchements circonscrits. Les gros vaisseaux, tels que l'aorte, les veines caves et les veines pulmonaires, n'offrent d'autres lésions que la coloration jaune de leur tunique interne. Elles sont vides ou contiennent

quelquefois un peu de sang noir et des caillots ambrés.

Les poumons, chez quelques sujets, sont parfaitement sains et crépitants. Dans la plupart des cas, ils offrent par places des taches noires dues à l'épanchement dans le parenchyme d'un sang noir qui s'écoule par incision. Au bord postérieur des deux poumons, presque toujours existent des engorgements noirâtres rappelant les lésions de l'apoplexie pulmonaire. Ces engorgements ne semblent pas dus à une hypostase sanguine consécutive à la mort; ils sont plutôt le résultat d'une hémorrhagie, car des noyaux semblables se rencontrent isolés dans les parties non déclives du poumon. La trachée-artère et les bronches contiennent un mucus sanguinolent et offrent une assez vive injection de la muqueuse.

L'estomac, même lorsque le sujet n'a pas vomi noir, contient toujours une quantité variable de matière noire, semblable à une infusion de café tenant le marc en suspension; le liquide est quelquefois grisâtre, couleur chocolat ou semblable à une infusion concentrée de thé tenant en suspension des flocons noirs. Le sang peut se retrouver en caillots ressemblant à de la lie de vin ou à la gelée de groseille. Les parois du ventricule sont tapissées par un enduit pultacé semblable à de la suie délayée dans du mucus. La membrane muqueuse est gris pâle ou brunâtre, ou bien elle est parsemée d'arborisations d'un rouge vif, marbrée de plaques ecchymotiques pointillées. Dans un très-petit nombre de cas, elle n'est le siége d'aucune injection. La consistance de la muqueuse varie; tantôt elle est normale, tantôt elle a plus de consistance et d'épaisseur, ou bien elle est pulpeuse et ramollie au niveau des plaques et des taches rouges qui siégent surtout dans le grand cul-de-sac. D'après

M. Cornilliac, la membrane interne de l'estomac présenterait souvent le long de la grande et de la petite courbure, aux orifices pylorique et cardiaque, des ulcérations superficielles et arrondies, plus ou moins nombreuses et étendues et parfaitement appréciables à l'aide de la loupe. On rencontrerait parfois aussi un piqueté ecchymotique produit par de petites hémorrhagies entre la tunique celluleuse et la muqueuse.

La muqueuse intestinale est souvent pâle, parsemée d'arborisations grenat, fines et plus ou moins étendues, ou bien elle est brunâtre et comme imprégnée par le mélanhème. L'intestin grêle offre des portions cyanosées dans son tiers inférieur surtout. La teinte violacée dans ces portions intéresse toutes les tuniques; la muqueuse, lie de vin ou brunâtre et boursouflée, a été le siége d'une exsudation dont le sang se retrouve mêlé au mélanhème, ou à l'état liquide ou pris en caillots. L'intestin grêle contient, en outre de ce sang, de la bile mêlée à du mucus, de la matière noire caillebottée et une substance pultacée grisâtre. La matière noire, liquide dans l'estomac, s'épaissit de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne de celui-ci, jusqu'à ressembler à de la poix fondue à la fin de l'iléon et à adhérer aux parois dont elle ne se détache que par un lavage prolongé. « Le jejunum, observe le docteur Cornilliac [1], est la portion du tube intestinal qui présente le moins de désordres dans la fièvre jaune. Une autre remarque à faire, c'est la limite qu'établit la valvule de Bauhin entre la muqueuse iléale et la muqueuse côlique. Ainsi, que de fois n'a-t-on pas vu la face de cette valvule correspondant

[1] *Loc. cit.*, p. 155.

à l'intestin grêle partager les désordres de celui-ci, tandis que la face cœcale, nette et pâle, partageait aussi l'intégrité de la muqueuse côlique! » D'après le même observateur, il est assez fréquent de rencontrer le développement des glandes solitaires et des plaques agminées dont l'ulcération serait assez rare. « Fréquemment, dit aussi M. Dutroulau[1], vers le cinquième inférieur, on rencontre des plaques de Peyer, quelquefois érodées et pointillées, d'autres fois dures et saillantes; on y observe aussi, dans quelques cas, une éruption varioliforme des glandes de Brunner; mais ces dernières lésions sont trop rares pour qu'elles puissent se rapporter à la fièvre jaune; d'ailleurs je ne les ai observées qu'à la Martinique. »

Le volume extérieur, la consistance, l'épaisseur et la coloration du gros intestin n'offrent rien d'anormal. La muqueuse conserve ordinairement sa coloration normale; elle est quelquefois couleur lie de vin et arborisée ou grisâtre quand elle est baignée par le mélanhème. Les matières contenues sont des matières fécales moulées ou diarrhéiques, bilieuses, ou mêlées à un liquide rouge; de la matière noire étendue en couche pulpeuse, du sang liquide ou pris en caillots et très-fétide dans beaucoup de cas.

« Les ganglions mésentériques, écrit M. Cornilliac[2], sont rarement d'un volume normal, on les voit presque toujours hypertrophiés, gorgés de sang. Dans un cas, ils étaient de volume ordinaire dans le mésentère et considérablement augmentés de grosseur dans le ligament hépato-duodénal, qui contenait, dans son épaisseur, six

[1] *Loc. cit.*, p. 319.
[2] *Loc. cit.*, p. 152.

de ces glandes injectées, bleuâtres. Leurs coupes présentaient au centre une zone jaunâtre, comme s'ils avaient tendu à la suppuration. L'un d'eux, le plus voisin du hile du foie, de forme ovoïde, avait une étendue de quatorze centimètres dans sa plus grande circonférence et de neuf dans la plus petite. Chez un sujet qui avait succombé dans la convalescence de la fièvre jaune, c'est-à-dire vingt-huit jours après l'invasion, j'ai trouvé les ganglions mésentériques comme lardacés. »

Les altérations hépatiques ont une grande importance. Elles peuvent exceptionnellement faire défaut, et le foie est alors de couleur et de consistance à peu près normales. Ordinairement le volume ne varie pas ; quand il change, il tend plutôt à augmenter ; le développement porte sur un seul lobe, le moyen plutôt que les autres. La densité varie ; le tissu, plus dur au toucher, diminue de cohésion et se casse plus facilement qu'il ne se déchire. L'incision rappelle la cassure de l'aloès. Quelquefois le tissu est mou et les coupes présentent l'aspect du tissu musculaire après une section nette. La coloration du foie est caractéristique de la fièvre jaune. « Sa coloration extérieure, dit M. Dutroulau [1], est toujours changée et perd la teinte sanguine qui lui est propre, pour prendre une teinte plus pâle, celle du café au lait, de l'orangé clair ou foncé, de la gomme-gutte, du vieux cuir, ordinairement parsemée de plaques violacées sur les bords ou sur les faces. La couleur intérieure n'est pas toujours semblable à celle de la surface, elle est ordinairement plus foncée, et présente un aspect pointillé qui la fait ressembler à la farine de moutarde jaune ou

[1] *Loc. cit.*, p. 319.

grise, à la cassure de l'aloès des pharmaciens. Son tissu est, en général, desséché, et l'on dirait qu'il a subi un commencement de cuisson ; quand on l'incise, on ne voit le sang couler que des gros vaisseaux. »

Suivant M. le docteur Alvarenga [1], la coloration jaune a sa plus grande intensité au lobule de Spigel, puis à la face concave ; et elle diminue du bord tranchant au bord obtus. Chez les convalescents emportés par une affection intercurrente, on peut constater que le retour plus ou moins complet à la couleur normale a lieu en sens inverse. Au bout du vingt-deuxième jour, l'organe paraissait presque entièrement revenu à ses conditions physiologiques. Cela ne doit pas plus étonner, ajoute l'auteur, que de voir la dégénérescence graisseuse complète au bout de deux ou trois jours de maladie ; mais l'un et l'autre fait sont également remarquables.

La dégénérescence graisseuse, entrevue par M. Louis, qui avait été frappé de la ressemblance du foie de la fièvre jaune avec le foie gras de la phthisie, a été démontrée par les recherches de MM. Bache et Laroche, faites à Philadelphie en 1853, et constatée de nouveau dans l'épidémie de Lisbonne. Les cellules hépatiques sont pâles, privées de noyaux, pauvres en contenu granuleux et souvent remplies de gouttelettes de graisse. Une grande quantité de globules graisseux se trouve répandue dans l'intervalle des cellules. La conservation des cellules, bien que flétries, pâlies et en partie remplies de graisse, est un caractère anatomique important qui, comme l'observent MM. Charcot et Dechambre [2], diffé-

[1] *Union médicale*, 1863, nos 36 et 37. *Anatomie pathologique et symptomatologie de l'épidémie de fièvre jaune de Lisbonne*, 1857.

[2] *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1858, n° 7.

rencie la fièvre jaune de l'ictère grave où les cellules, remplies de granulations graisseuses, se déchirent et disparaissent.

La vésicule et les canaux biliaires ne présentent rien de remarquable ; la membrane interne de la vésicule offre quelquefois des traces d'injection. La bile qui y est contenue est poisseuse, d'un aspect noir vue en masse, jaunâtre ou verdâtre lorsqu'on l'étend. « Je n'ai rencontré, dit M. Cornilliac, nulle altération du pancréas, si ce n'est une teinte jaunâtre de sa charpente cellulo-fibreuse. » Dans presque tous les cas, la rate est saine ; les vaisseaux gastro-spléniques sont gorgés de sang.

Les reins sont plus ou moins altérés dans leur volume, leur consistance et leur coloration, mais pas d'une manière assez constante et uniforme pour constituer un caractère important. Quelquefois légèrement hypertrophiés ou atrophiés, ils sont ramollis ou secs et friables. La substance corticale et la substance tubuleuse sont infiltrées de sang, ou bien le tissu est anémié, et cette pâleur coïncide ordinairement avec l'anurie observée pendant la vie. Le bassinet et les tubes urinifères contiennent quelquefois de la boue urineuse ; les calices, les bassinets et la charpente fibreuse du rein sont teints en jaune. Les capsules surrénales, étudiées dans l'épidémie de 1857, par M. le docteur Chapuis, n'ont pas présenté d'altération. Les uretères sont vides ou contiennent, comme les calices, une matière sédimenteuse jaunâtre.

« La vessie, suivant M. Cornilliac [1], est souvent vide, contractée sous l'arcade pubienne ; très-souvent aussi elle contient quelques grammes d'une urine épaisse, sé-

[1] *Loc. cit.*, p. 159.

dimenteuse, jaune ou rouge, exhalant une forte odeur ammoniacale. Sa muqueuse est, chez le plus grand nombre, parsemée d'arborisations plus manifestes vers le trigone et le col. Cette injection est plus intense dans le canal de l'urètre, où il y a toujours exsudation sanguine plus ou moins abondante. » En somme, dans la fièvre jaune, les lésions des organes urinaires n'offrent rien de tranché et de caractéristique.

Le sang est profondément altéré dans la fièvre jaune, et ses caractères physiques varient suivant l'époque de l'examen. Dans les premières vingt-quatre heures, le sang de la saignée se prend en un volumineux caillot, consistant, sans couenne et rougissant à l'air. Dès le second jour, le caillot est plus contracté ; la couenne, molle et grisâtre, d'un blanc jaunâtre ensuite, se contracte en godet et augmente d'épaisseur à mesure que la première période se prolonge. Cette couenne n'a pas plus de solidité que le caillot lui-même et se divise avec facilité. Le sérum soumis aux réactifs ne m'a offert aucun précipité qui indiquât la présence des éléments de la bile.

Dans la seconde période où les symptômes adynamiques interdisent la saignée, les hémorrhagies spontanées et accidentelles permettent de juger de l'état du sang, qui est noir, fluide, ne se prend pas en caillots et ne rougit pas à l'air. D'après plusieurs analyses faites à la Guadeloupe par MM. Walther, Chassaniol et Vardon, sur du sang recueilli après la mort, la fibrine varierait en quantité de 1,40 à 2,00 pour 1000 ; l'urée serait de 0,80 à 2,00 pour la même quantité de liquide. La proportion d'urée est d'autant plus marquée que la sécrétion de l'urine est abolie depuis plus longtemps. En traitant par l'acide azotique le sérum du sang après la mort,

M. Dutroulau y a constaté la présence de la bile. Voici les résultats que l'analyse quantitative a donnés, à Lisbonne, à M. Oliveira : densité, 1041 ; globules, 98 ; partie soluble du sérum, 60 ; fibrine, 2 ; eau, 830.

La lésion capitale de la fièvre jaune est la décomposition du sang. Quelle est la nature de cette altération, qui n'est pas consécutive comme dans la fièvre palustre, mais qui semble primitive ou du moins suit de bien près l'action du poison sur l'économie? C'est à elle qu'il faut attribuer la coloration jaune qui caractérise l'affection et qui n'est pas l'ictère ; c'est elle qui produit les hémorrhagies sur les diverses surfaces muqueuses : le vomissement noir n'étant que l'exhalation sanguine de la muqueuse stomacale. Il existe des analogies entre les altérations du sang produites par le miasme de la fièvre jaune et celles que détermine le venin des serpents. Outre la suffusion jaune, on trouve dans les deux empoisonnements de la tendance aux vomissements et aux hémorrhagies. Les éléments du sang sont dissociés profondément, aussi n'offre-t-il plus de coagulation, mais des signes de fluidité. Toute lésion, même légère, donne lieu, dans les deux cas, à des hémorrhagies difficiles à réprimer ; les veines sont remplies, et la sérosité sanguinolente s'extravase dans le tissu cellulaire ; les cavités du cœur sont vides, ou contiennent un sang fluide et des caillots peu consistants d'ordinaire ; les artères même contiennent une sérosité teinte en rose pâle, qui s'échappe avec abondance lorsqu'on les divise, fait que j'ai constaté en répétant des ligatures sur des sujets morts de fièvre jaune. Cette maladie est une intoxication spécifique par un agent morbide inconnu. L'hémorrhagie traduit au dehors l'altération septique du sang, et, en quel-

que sorte, le degré de gravité de l'affection. Le mot de *fièvre jaune* est une dénomination qui pourrait s'appliquer à une autre maladie et qui ne comprend pas tous les cas. Elle tend à établir un rapprochement avec les fièvres graves des pays chauds, affection différente, mais où se rencontrent également le vomissement noir et la coloration jaune. J'ai vu deux cas des plus graves (et ces cas de fièvre jaune ne seraient peut-être pas si rares, s'ils fixaient l'attention davantage), où les malades présentaient tous les symptômes de l'affection, sauf la fièvre.

Traitement. — Je n'entrerai pas dans de longs détails. L'énumération de tous les moyens préconisés, usités et abandonnés serait aussi longue que stérile. Les indications thérapeutiques sont variées, comme les idées au sujet de la nature du mal. Les succès, très-divers selon les épidémies, tiennent uniquement à la différence de gravité de celles-ci. L'empirisme offre bien plus de dangers que de ressources, et la triste mais sage médecine des symptômes est encore ce qui réussit peut-être le moins mal. Le traitement véritablement curatif de la fièvre jaune est à découvrir, comme celui du choléra.

Dans l'épidémie de 1855 à 1857 à la Martinique, j'ai vu employer le traitement rationnel, les médications empiriques, essayer de tous les moyens ; j'ai vu tout échouer et tout réussir également.

Le sulfate de quinine, si puissant contre les fièvres graves, m'a toujours paru sans avantages dans la première comme dans la seconde période de la fièvre jaune. Les préparations de quinquina rendent des services comme toniques dans l'adynamie de cette dernière période. J'ai vu échouer le sulfate de quinine employé

comme moyen préventif, sur une large échelle, chez les marins récemment arrivés des ports de France.

La saignée, qui ne peut être employée qu'au commencement de la première période, m'a toujours semblé nuisible et contre-indiquée, même chez des jeunes gens robustes, alors qu'il y a le plus de réaction fébrile, à cause de la prompte et profonde dépression des forces dans la seconde période. Cependant, tant il est difficile d'être absolu, j'ai vu des malades avec des symptômes d'asphyxie et une injection telle de la face et des yeux, que je n'aurais pas hésité à essayer de combattre par la saignée très-modérée ces symptômes de congestion.

Les applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, d'une bien faible utilité, ont l'inconvénient d'ouvrir une nouvelle source à l'hémorrhagie. Les petits vésicatoires appliqués aux tempes réussissent mieux à calmer l'atroce céphalalgie des malades. Mises à l'épigastre, les sangsues ne préviennent ni ne diminuent les vomissements noirs. Les antispasmodiques, les acides, les astringents, l'acide gallique, le perchlorure de fer ne réussissent pas davantage. Les moyens les plus simples, l'eau de Seltz glacée, les fragments de glace, conviennent mieux, sans être plus utiles.

Les vomitifs, l'émétique surtout, dépriment les forces et doivent favoriser le vomissement noir. L'ipéca est mieux indiqué dans le cas d'une complication saburrale. Des malades, dans des conditions en apparence semblables, traités par l'émétique à dose vomitive, les uns guérissaient, les autres mouraient indifféremment. Les purgatifs, la casse, l'huile de ricin, les sels neutres, le calomel, jouissent d'une réputation dont il ne faudrait peut-être pas scruter les titres de trop près; ils consti-

tuent le fond des différents traitements empiriques. Les purgatifs légers et les lavements purgatifs sont d'ailleurs indiqués contre la constipation qui accompagne ordinairement la fièvre jaune et agissent toujours favorablement. Administrés préventivement, les purgatifs ne réussissent pas plus que le sulfate de quinine. Je me souviens qu'un capitaine de Marseille avait, après avoir passé le tropique, soumis à diverses reprises son équipage à l'administration du purgatif de Leroy. La fièvre jaune n'en sévit pas moins sur l'équipage peu de jours après l'arrivée.

Les bains, l'hydrothérapie ne sont que des moyens adjuvants. J'ai remarqué plus d'une fois les bons effets que M. le docteur Chapuis obtenait des bains glacés avec affusion d'eau froide sur la tête, chez les malades en proie au délire furieux ou à d'autres graves symptômes ataxiques. Le pouls baissait constamment, la céphalalgie et la rachialgie diminuaient; quelquefois même il y avait une émission d'urines après une suppression de vingt-quatre heures. Le malade essuyé, enveloppé dans une couverture de laine et ramené à son lit, éprouvait une transpiration abondante et presque toujours s'endormait pendant quelques heures d'un sommeil tranquille. L'action des bains froids, des bains d'affusion et des bains d'enveloppe dans un drap mouillé, si elle ne modifiait pas la gravité du mal, retardait au moins pour quelque temps la réapparition des accidents nerveux.

Les indications varient avec les formes de l'adynamie. Dans les cas de stupeur avec algidité et ralentissement de la circulation capillaire, les excitants diffusibles, le thé chaud et alcoolisé, les frictions excitantes et les si-

napismes sont prescrits. Dans les cas où l'adynamie existe seulement, avec ou sans délire, c'est au vin de Madère ou de Porto coupés avec de l'eau, au bouillon froid, au café noir, aux amers, au quinquina surtout qu'il faut avoir recours autant que l'estomac pourra les tolérer. L'emploi des toniques devra être surtout continué dans la convalescence.

La médecine des symptômes, dans l'état de nos connaissances, est la plus rationnelle. Dans la fièvre jaune, dont la diversité des accidents est si grande, dont les caractères sont si variables suivant les épidémies et suivant même les différentes époques des épidémies, il faut se garder des médications systématiques, et considérer bien plus le malade que la maladie, car le traitement, pas plus que l'étiologie de la fièvre jaune, ne repose sur une base certaine.

DEUXIÈME PARTIE.

ESSAI DE PATHOLOGIE COMPARÉE DES RACES ET DES CLIMATS.

CHAPITRE I.

FRÉQUENCE ET DIVERSITÉ DES MALADIES AUX ANTILLES.

Dans la pratique médicale, aux Antilles, un fait important frappe l'attention : le cachet de simplicité que le climat imprime à la pathologie tout entière. Celle-ci est loin de rappeler la variété de la flore de ces contrées. Il semblerait que pour une population formée par la réunion et le mélange de l'Européen, du créole, du mulâtre, du nègre africain, du nègre indigène, du Madérien, du Chinois, de l'Indien, les espèces morbides dussent être nombreuses et variées. Il n'en est rien. La physionomie d'un service de médecine, dans un hôpital des colonies, ne change guère. La fièvre et la cachexie palustres, la chloro-anémie, la dysenterie et la diarrhée, l'hépatite, quelques fièvres éruptives, la phthisie et quelques maladies cutanées forment un fonds qui ne se modifie que par l'invasion de la fièvre jaune. Celle-ci n'est qu'un élément grave de plus, et qui ne touche qu'aux individus inacclimatés. L'aspect d'un service chirurgical offre une monotonie encore plus constante. Des lésions traumatiques, des plaies diverses, une série d'ulcérations où domine l'ulcère phagédénique, des affections

vénériennes, quelques accidents syphilitiques, des hydrocèles, des épanchements ascitiques, des lipômes, des cancers du sein et de l'utérus et des accidents de tétanos assez fréquents.

Entre les maladies des Antilles et celles qui s'observent en Europe, existent de grandes différences. Le nombre des premières est plus restreint; leur marche plus rapide exige le plus ordinairement une active et prompte intervention; l'expectation est périlleuse par la gravité que prend rapidement la symptomatologie; les complications sont moins nombreuses, mais autrement redoutables. Plusieurs affections des pays tempérés ne se rencontrent plus aux Antilles. Au lieu d'une complète similitude, les mêmes affections n'ont que de l'analogie. Il est assez rare que les maladies se compliquent, se remplacent et se succèdent. Des complications fréquentes en Europe ne s'observent plus ou ne sont que très-accidentelles. D'autres qui y sont rares deviennent, au contraire, fréquentes et redoutables. L'érysipèle traumatique et l'infection purulente sont des exceptions malheureuses dans la pratique; le tétanos, au contraire, aux Antilles et à la Guyane, peut compromettre toutes les opérations et se déclarer après la lésion la plus grave comme la plus légère.

Un grand fait chirurgical est lié à l'influence des climats chauds. C'est la terminaison heureuse des opérations les plus graves, quels que soient l'âge, le sexe, la race, les conditions d'existence des individus. La constance du succès justifie la hardiesse dans certains cas. Il est aux Antilles une complication redoutable qui peut se rencontrer dans les affections chirurgicales comme dans les maladies internes, dans tous les états morbides aigus

ou chroniques, c'est l'élément paludéen, dont la fréquence n'est égalée que par la variété des formes qu'il affecte. L'accès pernicieux est une terminaison à craindre dans toutes les maladies qui épuisent ou seulement affaiblissent l'économie. La fièvre larvée tend sans cesse à mettre en échec la sagacité du praticien. La périodicité dépend le plus souvent d'une influence palustre; mais, qu'elle résulte ou non de cette cause, elle peut s'observer dans les affections les plus variées, souvent au commencement, plus souvent encore à la fin, quelquefois dans la période d'état, à une phase quelconque de leur durée. On peut dire qu'aux Antilles, la périodicité marque de son cachet la pathologie tout entière.

A cette circonstance près, la marche des maladies chroniques est la même que sous les climats tempérés. A l'exception de la fièvre jaune, qui a pour berceau les rivages des grandes Antilles et du golfe du Mexique, il ne paraît pas exister de maladies spéciales aux Antilles. La pratique de la médecine dans un milieu où se trouvent réunies différentes races d'hommes m'a amené à une conviction que la réflexion et l'étude comparée n'ont fait qu'affermir, c'est qu'il n'existe pas de maladies spéciales à certaines races. Malgré les différences si tranchées qu'il présente relativement au blanc, le nègre lui-même n'offre pas de maladies particulières à étudier. Un seul et grand exemple est toujours mis en avant à l'appui de la thèse contraire, l'immunité dont jouit la race nègre par rapport à la fièvre jaune. L'observation des faits enlève à cette preuve sa valeur; cette immunité n'est que relative. La fièvre jaune n'est pas endémique sur les côtes occidentales de l'Afrique, mais, à de longs intervalles, elle y éclate épidémiquement. En 1830, elle se montra

pour la première fois à Gorée et à Saint-Louis du Sénégal et sévit sur les différentes races. En 1837, elle règne de nouveau et frappe les indigènes, mais moins sévèrement que les étrangers. A la Guyane, en 1850, après un intervalle d'un demi-siècle, la fièvre jaune reparaît et atteint les nègres et les mulâtres. L'immunité n'est donc pas absolue pour la race noire. Dans les foyers endémiques, elle est plus rapide et plus complète pour le nègre, infiniment moins sensible aux influences climatériques, qui ont, chez le blanc, tant d'influence sur le développement de la fièvre jaune.

Cette sorte d'insensibilité rend compte aussi de la résistance plus prononcée des races tropicales aux influences palustres. Elles les subissent toutefois dans une large mesure et en présentent les manifestations variées, depuis l'accès larvé jusqu'à la cachexie la plus prononcée. Les conditions de races ne modifient en aucune sorte la perniciosité. Lorsqu'une affection, non plus endémique, mais épidémique, vient à éclater, ainsi que j'ai pu l'observer à la Martinique, pour la diphthérie, la rougeole et la variole, ainsi qu'on l'a vu à la Trinité, à Sainte-Lucie, à Saint-Thomas, en 1854, à la Guadeloupe, en 1865, pour le choléra, les sujets appartenant aux diverses races sont frappés indifféremment. Seulement on retrouve sur ces éléments complexes le même fait qu'on rencontre toujours en temps d'épidémie sur une population homogène. L'extension et la gravité de la maladie, nullement liées à la question de race, sont en rapport direct avec les conditions hygiéniques mauvaises des individus. Aux Antilles, dans ces circonstances, les races tropicales, d'une façon absolue et relative, payent le plus lourd tribut, ce qu'expliquent et leur

nombre plus considérable et leurs détestables conditions d'hygiène.

Si nous prenons un autre exemple, non plus dans le domaine de la médecine, mais dans celui de la chirurgie, nous verrons encore que certaines affections qu'un examen superficiel et borné à une localité porterait à attribuer spécialement à certaines races, ne leur sont pas exclusives et dépendent seulement des conditions climatériques et hygiéniques. Il y a là une question de géographie médicale d'un grand intérêt. Il est une lésion très-fréquente dans les pays chauds, rencontrée en des points différents du globe et décrite par les divers observateurs sous des noms empruntés aux localités, désignations qui semblent établir autant d'espèces morbides différentes. C'est l'ulcère de Cochinchine, de Saïgon ou annamite ; l'ulcère de Mozambique, la plaie de l'Yémen, l'ulcère du Sénégal, l'ulcère de la Nouvelle-Calédonie, l'ulcère de la Guyane ; on pourrait ajouter l'ulcère des Antilles. En comparant ces différentes descriptions, on voit que la nature de toutes ces plaies est identique au fond, que ce sont toujours les mêmes causes qui produisent partout, à des degrés divers, ce travail de destruction des tissus, connu sous le nom de *phagédénisme*. M. Leroy de Méricourt[1] a eu le mérite de ramener ces différents ulcères à une seule et même espèce, l'ulcère phagédénique endémique dans les pays chauds.

« Aucune race, dit-il justement, n'est exempte ; mais la rapidité de la marche, l'étendue, la profondeur des désordres, sont, pour les différentes races, en raison du peu de réaction qu'elles présentent et des conditions

[1] *Archives générales de médecine navale*. Janvier et mai 1864.

hygiéniques fâcheuses que leur état social entraîne. Pour une même race, le même rapport s'applique aux individus. » Les races indigènes sont, toutes proportions gardées, infiniment plus éprouvées que les Européens. Mais que les indigènes soient placés dans des conditions hygiéniques favorables, analogues à celles des Européens, le phagédénisme diminue de fréquence et de gravité. Il acquiert, au contraire, sur les Européens, des proportions énormes, lorsque ceux-ci, par les incidents fâcheux, tels que les agglomérations et les privations, qui se produisent dans les colonisations et les expéditions lointaines, sont ramenés aux conditions hygiéniques des indigènes. Les mêmes éléments étiologiques existent pour toutes les races : l'humidité et l'élévation de la température, l'affaiblissement de la constitution et l'anémie sous l'influence d'une alimentation mauvaise ou insuffisante, de fatigues et de maladies antérieures.

Si les races tropicales n'ont pas de maladies spéciales, elles subissent les influences endémiques et épidémiques profondément ou inégalement suivant celles-ci. J'ai pensé qu'un essai sur la fréquence et la diversité des maladies aux Antilles offrirait quelque intérêt. On pourrait y voir, à côté des maladies ordinaires des pays chauds, d'autres maladies appartenant aussi aux pays tempérés, mais avec les modifications que leur imprime un climat brûlant. Des faits que je raconte, j'ai observé les uns souvent ou attentivement; j'ai rencontré les autres par hasard ; il en est que j'ai entrevus seulement; d'autres qui m'ont été communiqués. Cet essai de pathologie comparée des races et des climats est donc loin d'être un travail complet, mais il contient quelques matériaux qui pourront ultérieurement servir; ce n'est

qu'une simple contribution à la géographie médicale. J'ai choisi l'ordre qui m'a semblé se prêter le mieux à la comparaison, celui qui consiste à décrire successivement les maladies de chaque appareil, et à renvoyer à la fin celles dont le siége n'est pas déterminé.

CHAPITRE II.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES.

A certaines époques de l'année, aux Antilles, la constitution médicale devient catarrhale. Dans les mois qui correspondent à l'hiver, la température, élevée tant que le soleil est sur l'horizon, s'abaisse pendant la nuit; l'atmosphère est souvent agitée et rafraîchie par des brises de nord-est chargées de fines ondées. Les inflammations catarrhales règnent alors épidémiquement; et bien qu'elles occupent tout l'arbre bronchique, elles sont généralement sans gravité. Elles ont un caractère spécial qui varie et souvent les rapproche de la grippe. Quelquefois l'état fébrile est hors de toute proportion avec la bronchite ou bien la fièvre est plus ou moins franchement intermittente. Le sulfate de quinine devra être administré dans ces cas, surtout s'il s'agit d'un enfant ou d'un vieillard, dont la résistance est moindre aux influences palustres. Ils ne sont pas très-rares les exemples de malades dont la fièvre semblait symptomatique de la bronchite et qui ont été rapidement emportés par un accès pernicieux.

Aux époques fraîches de l'année, le coryza que caractérise un flux très-abondant d'un mucus limpide, devient une affection fréquente, suivie d'otite ou de bronchite dans quelques cas. Le coryza est moins grave pour l'enfant nouveau-né que dans les pays froids ou tempérés. Il existe une forme spéciale de coryza causée par

l'insolation, et dont le siége semble être dans les sinus frontaux. Le malade, souvent pris de fièvre, éprouve une céphalalgie gravative et des épistaxis suivies, au bout de deux ou trois jours, d'un écoulement de mucosités épaisses qui se détachent en morceaux compactes, verts, jaunes, rouillés ou mêlés de sang vif. C'est une maladie, d'ailleurs, sans gravité.

La laryngite simple, aiguë et chronique, la laryngite granuleuse, ne présentent rien de particulier à noter; non plus que la laryngite striduleuse. Je n'ai observé la laryngite ulcéreuse que comme complication d'une tuberculisation pulmonaire avancée. Je n'ai vu que deux cas de laryngite œdémateuse, l'un chez un vieillard atteint probablement d'ulcérations du larynx, mais dont l'autopsie ne put être faite; l'autre chez une jeune mulâtresse convalescente, d'une angine diphthéritique très-grave. Cet œdème de la glotte, qui eut une heureuse terminaison, se montra après la guérison d'une paralysie du voile du palais qui avait persisté longtemps avec des accidents de paraplégie assez marqués.

Résultat d'une impression de fraîcheur sur le corps en transpiration, la bronchite aiguë se contracte aisément sous ce climat. Les causes qui la produisent fréquemment et indifféremment suivant les races déterminent rarement la pleurésie et la pneumonie. La bronchite capillaire ne s'observe guère que sur de jeunes enfants. Pour les vieillards, la bronchite chronique n'entraîne pas les conséquences fâcheuses qu'elle présente en Europe.

La vieillesse s'accommode du climat des Antilles; il lui convient sous beaucoup de rapports. La chaleur, qui est pour l'adulte une cause d'affaiblissement et de ma-

ladie, n'incommode plus le vieillard et se trouve en harmonie avec sa vitalité diminuée. Les changements de saisons n'abaissent jamais assez le thermomètre pour nécessiter l'usage de vêtements plus chauds. Aussi les affections chroniques de la poitrine, tourment des vieillards en Europe, ne les touchent que légèrement, et n'offrent que rarement des exacerbations. Liée à l'asthme, la bronchite chronique leur laisse passer des jours ordinairement calmes et ne précipite pas leur fin. A côté de ces avantages, les conditions climatériques ont de graves inconvénients. La fièvre et la diarrhée terminent fréquemment l'existence des personnes avancées en âge. Aux Antilles, d'ailleurs, la durée de la vie n'offre pas une moyenne élevée, et la vieillesse, par suite des influences déprimantes générales, arrive prématurément.

A la bronchite aiguë succède, dans quelques circonstances, une forme spéciale et très-rare de bronchite chronique, très-rebelle, peu grave au fond et d'une durée indéterminée. Elle s'observe peut-être exclusivement chez la femme. C'est un état apyrétique, mais qui, sous l'influence d'un refroidissement, revient aisément à la forme aiguë, qui, d'ailleurs, ne dure pas longtemps. Les crachats, abondants, visqueux, filants, aérés, incolores, mêlés à un liquide mousseux, sont expectorés à la suite de quintes pénibles et longues, plus ou moins répétées dans les vingt-quatre heures, mais revenant régulièrement le soir au moment du coucher, ou la nuit et le matin au réveil. Ces crachats sont fréquemment mélangés de sang vif; les malades ont souvent même de légères hémoptysies. Cependant, à l'auscultation, il n'existe aucun signe qui révèle la présence des tubercules. L'expectoration est évidemment une simple hy-

persécrétion bronchique, à laquelle les glandules doivent contribuer. La toux et l'expectoration sont accompagnées quelquefois d'un peu d'asthme; elles augmentent lorsque la température s'élève, comme si la chaleur plus intense causait un peu de congestion bronchique. Cet état est constamment lié à un certain degré d'anémie qu'il contribue à entretenir. Il s'aggrave lorsque l'état général s'altère; il s'améliore lorsque celui-ci se relève; il peut exister même avec un degré notable d'embonpoint et semble compatible avec des conditions de santé passables. Les malades, pour éviter les exacerbations, doivent être un peu esclaves de l'hygiène spéciale que leur état réclame; le médecin doit tendre toujours à maintenir l'intégrité des forces et à relever l'état général; les médications spéciales, les substances balsamiques, la térébenthine, le goudron, le tannin, les eaux sulfureuses ne donnent que des demi-résultats.

La pneumonie est peu fréquente aux Antilles. On rencontre chez l'enfant la pneumonie lobulaire, plus rarement chez l'adulte la broncho- et la pleuro-pneumonie, exceptionnellement la pneumonie des vieillards. L'inflammation du parenchyme pulmonaire se voit rarement seule, isolée de toute complication. Je n'ai pas eu occasion d'observer la pneumonie franche, comme on en voit des cas dans les hôpitaux de Paris. La lésion est rarement très-étendue, et l'intensité des symptômes généraux, qui n'est pas en rapport avec elle, fait penser plutôt à une fièvre pneumonique qu'à une vraie pneumonie.

La maladie offre souvent une forme douteuse, mal caractérisée et se présente même d'une façon insidieuse. Je n'entends toutefois nullement parler ici de la fièvre pernicieuse pneumonique. Cette marche insidieuse se tra-

duit ainsi. Le malade, pris de fièvre, se plaint d'une douleur de côté mal dessinée ; pas de crachats caractéristiques ; l'auscultation ne révèle rien les premiers jours. On se croit en présence d'une fièvre, et il est d'autant plus aisé de se tromper que les symptômes de la pneumonie sont masqués en quelque sorte par ceux de la fièvre, qui présente des rémittences ou des intermittences. Au bout de quelques jours, comme il arrive dans la pneumonie centrale, le râle crépitant s'entend en un point de la poitrine et s'étend bientôt à une plus large surface. En même temps apparaissent quelques crachats caractéristiques. J'ai vu toujours échouer, dans ces circonstances, la médication tardivement employée contre la pneumonie, et les malades succomber.

Je me suis demandé, en présence de ces faits, s'il n'y avait pas deux éléments différents, indépendants, quoique se compliquant : d'un côté, la lésion du poumon, de l'autre, la fièvre palustre. Hors ces cas si graves, la pneumonie m'a semblé aisément curable. La constitution médicale n'est pas étrangère à son apparition. J'avais passé plusieurs années presque sans l'observer ; dans les deux dernières années de mon séjour, j'en ai rencontré une petite série de cas. L'Européen récemment arrivé, aussi exposé que le créole à la bronchite, l'est aussi peu que ce dernier à contracter la pneumonie. Le nègre africain, au contraire, y est prédisposé. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer chez ces immigrants, adultes et enfants, des pneumonies qui se rapprochaient, par leur caractère, de celles que j'avais vues en France. Cette prédisposition s'explique par la différence de température qui existe entre le climat insulaire des Antilles et le climat brûlant de l'Afrique, et par l'infériorité

de la faculté de résister aux dépressions thermométriques qui a toujours été notée chez le nègre. Dans d'autres contrées, assez peu distantes de l'équateur, à Ceylan, les Africains contractent des affections thoraciques aiguës. Aux Antilles, les autres immigrants, coolies de l'Inde et de la Chine, n'offrent pas cette prédisposition à contracter la pneumonie.

Le traitement de cette maladie doit être simple, fait avec modération, consister dans l'administration du tartre stibié et quelquefois dans celle du sulfate de quinine, lorsque son emploi est indiqué par l'intermittence, la rémittence ou l'irrégularité de la fièvre, ou encore le défaut de proportion qui existe entre son intensité et les symptômes peu accusés révélés par l'auscultation. La médication est d'ailleurs la même qu'en France, aux émissions sanguines près. Cette tendance, de plus en plus générale, de la médecine à s'abstenir de la saignée est évidemment d'une pratique sage et éclairée dans les régions tropicales. L'anémie y règne sur tous a des degrés différents ; quelques tempéraments sanguins seuls n'en subissent pas l'influence. Aussi la pathologie tout entière porte-t-elle l'empreinte de l'anémie. Les affections inflammatoires sont rares et celles qu'on rencontre ne sont pas franches. La saignée est donc rarement indiquée et ce n'est qu'avec sobriété qu'on doit y recourir. Le plus souvent elle est inutile ou nuisible ; l'abstention, à mon avis, doit en être systématique.

Relativement à son emploi dans la pneumonie aux colonies, j'emprunte à M. le docteur Duchassaing [1] les intéressantes réflexions qui suivent :

[1] *Gazette médicale de Paris*, 1850, n° 38, p. 684.

« Habitué à traiter, en France, les affections inflammatoires, les pneumonies, entre autres, par la formule de M. Bouillaud, nous avons été étonné de la voir échouer entièrement quand nous l'avons appliquée aux Antilles. A quoi cela tient-il? Cela ne vient pas de ce que les pneumonies des pays chauds sont bilieuses ou autres rêveries semblables, mais à ce que ces lésions existent chez quelques individus tous, sauf quelques rares exceptions, plus ou moins chlorotiques. Aussi ai-je vu souvent des pneumonies disparaître rapidement chez eux sous l'influence de la formule de M. Bouillaud, mais les malades restaient, à la suite du traitement, dans un état de faiblesse tel, qu'ils expiraient, les uns, deux ou trois jours après la complète disparition de tous les symptômes de la pneumonie : ils s'éteignaient sans fièvre ; les autres vivaient quinze jours, un mois, puis périssaient dans le dernier degré de la chlorose.

« Il faut donc bien se pénétrer que la formule de M. Bouillaud ne peut être appliquée qu'exceptionnellement dans le traitement des phlegmasies, dans les pays où la maladie paludéenne domine. Nous avons rencontré peu de malades qui pussent supporter, coup sur coup, plus de trois saignées de deux à trois palettes chacune. Aussi faut-il compter beaucoup dans ces pays sur le tartre stibié à haute dose et sur les vésicatoires.

« Une chose à remarquer dans le traitement des phlegmasies, aux Antilles, c'est qu'elles donnent au malade souvent une sorte de vigueur factice, qui peut faire croire, au médecin qui n'en a pas l'habitude, qu'il peut supporter une déplétion sanguine beaucoup plus forte qu'il n'en est susceptible. Aussi avons-nous été surpris, au début de notre pratique à la Guadeloupe, de

voir l'abattement considérable des forces qui survenait par des émissions sanguines fort modérées, chez des individus qui, en apparence, pouvaient en supporter de beaucoup plus considérables. »

L'asthme passe pour être une affection plus commune dans les pays équatoriaux que dans les régions tempérées et froides. Cependant les asthmatiques ne sont qu'en petit nombre aux Antilles. Que la maladie se produise ou non sous l'influence de causes matérielles; que ses manifestations dépendent ou non de lésions organiques appréciables, on voit là, comme partout ailleurs, l'élément nerveux dominer, l'élément spasmodique jouer le principal rôle et la médication révéler, par ses effets souvent instantanés, la nature nerveuse des accidents. L'asthme est le plus souvent nocturne, et, de même qu'en France, il se fait bien plus sentir de mai à novembre qu'aux autres époques de l'année. Aussi, aux colonies, les asthmatiques souffrent plus aux époques des fortes chaleurs qu'à celles qui, correspondant à l'hiver, amènent le retour de la saison fraîche.

La coqueluche appartient aussi bien aux climats brûlants qu'aux climats froids ou tempérés. C'est, avec la grippe, la maladie qui se montre le plus souvent à l'état épidémique aux Antilles. Les trois dernières épidémies observées à la Martinique datent des années 1837, 1845 et 1857. L'influence du climat ne m'a semblé amener aucune modification spéciale. Les complications pulmonaires sont cependant moins fréquentes et moins graves qu'en Europe.

Aux Antilles la phthisie pulmonaire est, après la diarrhée, la maladie chronique la plus commune à observer. Ses grands caractères ne changent pas avec les

latitudes chaudes et les colorations foncées des races. Certains symptômes paraissent modifiés seulement; ainsi, la diarrhée et les sueurs, contrairement à ce qu'on serait porté à penser, sont moins fréquentes et moins abondantes; l'hémoptysie, au contraire, prend une gravité plus grande. D'ailleurs, l'influence des climats brûlants n'agit que sur la tuberculisation du poumon, organe auquel elle limite le développement de la granulation. Elle s'oppose aux autres manifestations tuberculeuses, et c'est là un grand fait digne d'intérêt et qui est de nature à frapper l'observation. « A la Martinique, écrit M. Rufz [1], les affections tuberculeuses dans l'enfance sont très-rares, et cette rareté est telle, qu'en vingt ans je n'ai pas vu dix enfants qui m'aient présenté des tubercules avant l'âge de quinze ans. Dans ce nombre je comprends la méningite, la péritonite tuberculeuse, et, en général, tous les organes internes où se développe le tubercule. Les accidents tuberculeux, les tumeurs blanches, et, en général, toutes les formes des scrofules sont aussi très-rares. » Le tubercule n'est pas, d'ailleurs, le seul élément morbide dont la sphère d'action se trouve ainsi limitée sous le climat des Antilles. Le cancer présente une évolution analogue. Quoique fréquent, il n'atteint guère que l'utérus et la mamelle; c'est exceptionnellement qu'il altère quelque autre organe.

Si le poumon est le seul viscère qu'envahisse la granulation, les lésions qu'elle y détermine sont aussi graves que fréquentes. M. Rufz, dans un relevé statistique, donne le chiffre de 11 pour 100, comme expression de la fréquence de la phthisie à la Martinique,

[1] *Gazette médicale de Paris*, 1857, p. 577.

comparativement aux autres maladies. Ce chiffre n'a évidemment rien d'exagéré. C'est, comme partout ailleurs, la jeunesse qui paye le plus lourd tribut. Le climat ne change rien non plus aux tristes conditions d'hérédité. Il n'est pas rare de voir, aux colonies, des familles s'éteindre, individu par individu, avec les symptômes de la phthisie. Le tableau suivant, emprunté à un mémoire de M. Rufz [1], établit le degré de fréquence de la maladie, suivant les âges :

De 10 à 16 ans..........	2
— 15 à 20 —	14
— 20 à 30 —	39
— 30 à 40 —	25
— 40 à 60 —	4
Après 60 ans............	9

« Sous l'équateur, comme à Paris, remarque cette observateur, la phthisie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. »

Elle frappe très-inégalement les races qui habitent les Antilles ; les Européens et les Africains y sont moins sujets que les créoles ; les blancs et les mulâtres la contractent plus aisément que les nègres. Les coolies de l'Inde m'ont semblé y être sujets. Elle sévit surtout sur les mulâtresses ; mais cette grande fréquence qui a frappé de tout temps les médecins ne semble pas résulter d'une influence de race ; elle tient à des causes variées que M. Rufz résume ainsi : « Cette classe est dans les plus fâcheuses conditions ; c'est elle qui fournit à la débauche publique et elle en subit toutes les conséquences : humiliations sociales, privations domestiques pour soutenir

[1] *Etude sur la phthisie à la Martinique. Mémoires de l'Académie royale de médecine*, 1843, t. X, p. 223.

un luxe extérieur, désordre des passions, vices de l'oisiveté. Quels éléments de phthisie ! » Aux Antilles, l'habitation des villes n'est pas sans influence sur le développement de la tuberculisation pulmonaire, qui s'observe beaucoup plus rarement chez les sujets adonnés aux travaux agricoles, malgré les intempéries de toute sorte auxquelles ils sont exposés.

On sait l'importance que Boudin [1] attachait au paludisme, comme antagoniste de la tuberculisation pulmonaire ; l'immunité contre cette diathèse était en quelque sorte proportionnelle à l'intensité du foyer palustre. La fréquence de la phthisie dans les localités palustres des Antilles est une preuve ajoutée à tant d'autres contre le prétendu antagonisme entre la fièvre intermittente et la tuberculisation. « La tuberculisation et la scrofule, disent MM. Hérard et Cornil [2], sont deux maladies différentes, mais qui ont entre elles un lien très-étroit de parenté. » Les observations où les deux affections se trouvent réunies sur le même malade doivent être infiniment rares dans les régions tropicales, si même ces observations existent. La scrofule y est exceptionnellement observée ; les conditions météorologiques sont défavorables à ses manifestations. La phthisie ne reconnaît dès lors aucune transformation. Comme la clinique et l'anatomie pathologique, la géographie médicale établit la distinction des deux diathèses, en montrant la fréquence de la tuberculisation pulmonaire dans des zones où les manifestations scrofuleuses sont très-rares.

La diarrhée chronique n'est pas sans action sur la

[1] *Traité des fièvres intermittentes*, 1842. *Traité de géographie et de statistique médicales*, 1857. *Gazette médicale de Paris*, 1843.

[2] *De la phthisie pulmonaire*, in-8°, 1867, p. 615.

tuberculisation pulmonaire qui lui succède dans un nombre limité de cas, ainsi qu'à toute grande cause d'affaiblissement. Mais cette influence est restreinte et nullement en rapport avec la grande fréquence des diarrhées dans les climats chauds. Comme M. le docteur Rufz, je n'ai pas observé que la rougeole eût une action spécifique sur l'évolution tuberculeuse. Je n'ai pas non plus rencontré un seul cas où le catarrhe morbilleux pouvait être accusé d'avoir activé la marche des tubercules préexistants. L'épidémie de grippe qui régna à la Martinique en 1852 fut très-funeste aux phthisiques, d'après l'observation de M. Rufz. Aux Antilles, la phthisie qui succède aux constitutions épidémiques catarrhales est rare comme celle qui suit une maladie antérieure des voies respiratoires, bronchite ou bronchopneumonie. Celle qui suit l'accouchement est tout à fait exceptionnelle.

Les symptômes du début, ceux de la première et de la seconde période sont semblables à ceux que la phthisie présente en Europe. J'ai retrouvé les différents signes que fournissent la toux, la dyspnée, l'inspection générale du sujet, la percussion et l'auscultation. La conformation du thorax, les douleurs autour de la poitrine, les crachats offrent les mêmes caractères. Dans la seconde période, la fièvre affecte quelquefois le type intermittent. J'ai dû recourir au sulfate de quinine pour atténuer ou couper des accès dont la régularité désolait les malades. Bien que la diarrhée chronique soit très-commune sous ce climat, la diarrhée colliquative ne s'observe pas à la fin de la phthisie. La diarrhée qui, d'après M. Louis [1],

[1] *Recherches sur la phthisie*, p. 214.

serait moins une complication qu'un symptôme, puisque sur cent douze sujets, cinq seulement y auraient échappé, n'appartient plus à la symptomatologie de la phthisie pulmonaire dans les régions tropicales. « En effet, rapporte M. Rufz dans son mémoire, sur neuf autopsies de phthisie avancée, nous n'avons observé que deux fois des ulcérations dans le canal intestinal après la mort, encore étaient-elles petites et peu nombreuses, et sur un beaucoup plus grand nombre de cas, pendant la vie, nous avons constaté la rareté de la diarrhée colliquative, si commune dans la phthisie en Europe et qui révèle l'existence d'ulcérations tuberculeuses dans les intestins. Une remarque semblable a été faite par M. Cruz-Jobins à Rio-Janeiro. »

Sous un climat où la transpiration est si abondante, les sueurs sont cependant moins prononcées que dans la phthisie des régions tempérées. Elles sont rarement profuses et elles ne s'accompagnent pas de sudamina. « Il est remarquable, observe M. Rufz, que nous ayons recueilli jusqu'à sept cas de phthisie qui ont succombé à des hémoptysies foudroyantes ; sorte de terminaison assez rare en Europe, d'après MM. Louis et Chomel. Dans ces sept cas, on ne trouva à l'autopsie aucun vaisseau dont la rupture pût être considérée comme la cause de l'hémorrhagie. » L'hémoptysie m'a paru un symptôme fréquent, et, dans un certain nombre de cas, le symptôme initial de la phthisie (*phthisis ab hemoptœ* de Morton). Elle peut affecter un caractère périodique, et c'est ainsi que j'ai vu la tuberculisation pulmonaire débuter, chez un sujet de cinquante ans, par une hémoptysie qui se reproduisit plusieurs jours de suite, vers onze heures du soir. Symptôme parfois très-grave par sa répétition ou

son abondance, l'hémoptysie, qui ne semble pas influencée par l'état fébrile, peut survenir à toutes les périodes de la tuberculisation. Comme dans les pays tempérés, cette hémorrhagie est, pour la phthisie pulmonaire, un signe de probabilité, mais dont il faut ne pas exagérer l'importance. J'ai connu, à la Martinique, des personnes ayant eu à diverses reprises de violentes hémoptysies ; elles avaient, les unes, une santé passable, les autres, une santé robuste. J'en ai connu qui ont craché du sang toute leur vie, ont vécu jusqu'à un âge avancé et sont mortes de toute autre maladie que la phthisie. Les unes étaient asthmatiques ou avaient une bronchite chronique, les autres n'offraient aucune affection caractérisée ni du cœur ni des poumons. Chez la femme surtout, l'hémoptysie a une valeur pronostique moins grave, alors même qu'elle ne paraît pas être une dérivation de la fonction menstruelle.

L'anatomie pathologique confirme la rareté de la tuberculisation extrapulmonaire. L'absence des ulcérations intestinales explique celle de la péritonite par perforation de l'intestin. La péritonite chronique tuberculeuse est aussi rare que la méningite granuleuse. Les glandes mésentériques sont rarement tuberculeuses. La transformation graisseuse du foie n'a été trouvée par M. Rufz qu'une fois sur neuf autopsies. Elle se rencontrerait, d'après M. Louis, sur le tiers des sujets. Les altérations pulmonaires, granulations, pneumonies caséeuses, cavernes, les altérations secondaires : pleurésies, pneumothorax, ne diffèrent pas des lésions observées en Europe.

La marche de la phthisie est très-rarement aiguë. C'est surtout aux Antilles la forme chronique qui s'observe et qui, pour la marche et la durée, ne présente

pas de différence avec la phthisie chronique des régions tempérées. Tantôt les symptômes diminuent de gravité; le malade, pendant ce temps d'arrêt, croit revenir à la santé; une nouvelle poussée tuberculeuse vient tout compromettre. Tantôt rien ne peut entraver la marche lente, mais progressive, des accidents.

Dans une pratique de vingt ans à la Martinique, M. le docteur Rufz [1] a noté une douzaine de cas où les individus, après avoir présenté, à une certaine époque de la vie, des signes bien évidents de phthisie, étaient néanmoins parvenus à la vieillesse, et conservaient, les uns, une santé faible ou passable, les autres, une santé robuste qui leur permettait des fatigues et des excès. J'ai également vu trois ou quatre exemples analogues. Chez un homme d'une forte constitution et qui dans le temps avait eu de graves hémoptysies, on constatait l'existence d'une caverne au sommet du poumon. Ce sont là des faits consolants qui confirment la curabilité de la phthisie pulmonaire, mais qui ne me semblent pas atténuer la gravité du pronostic de cette affection sous le ciel des Antilles.

La phthisie, en effet, fait de nombreuses victimes parmi les créoles blancs et les mulâtres; elle atteint aussi, dans une proportion moindre, mais encore assez grande, la race africaine; elle sévit surtout sur la population des villes. Les mauvaises conditions hygiéniques, l'alimentation végétale, grossière, insuffisante, les tristes conditions sociales du plus grand nombre des individus appartenant aux races colorées qui habitent les villes,

[1] *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1843, t. X. *Lettre sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Union médicale*, 1856, t. X, n° 112.

expliquent la disposition qu'ils présentent à contracter la phthisie. La difficulté, l'impossibilité même de changer ou d'atténuer ces conditions, rendent trop facilement compte des insuccès de la thérapeutique. Dans des conditions opposées, le traitement n'arrive que trop souvent aux Antilles aux mêmes mécomptes qu'en Europe. L'insuccès est la règle pour les tentatives thérapeutiques.

Il est cependant un traitement dont j'ai souvent constaté les heureux résultats, c'est l'administration de l'émétique à haute dose, traitement très-connu et pratiqué largement dans les colonies. C'est dans les formes fébriles que le tartre stibié est administré, et ses effets s'expliquent par la résolution des pneumonies tuberculeuses aiguës. Dans les périodes d'apyrexie qui séparent les poussées inflammatoires, le malade est soumis à l'usage de l'huile de foie de morue et doit avoir une alimentation tonique et réparatrice. Sous l'influence de ce traitement, j'ai vu des phthisiques revenir aux conditions ordinaires de la santé, acquérir un notable embonpoint et la maladie s'arrêter pendant un, deux, trois ans même ; mais je n'ai constaté par moi-même aucune guérison définitive. La tolérance, sur l'importance de laquelle insiste M. Fonssagrives [1], qui préconise l'administration du tartre stibié à dose rasorienne, la tolérance m'a semblé très-difficile à obtenir dans la phthisie à la Martinique, malgré les précautions les plus minutieuses. Les résultats n'en étaient pas moins satisfaisants, en dépit des vomissements et des accidents diarrhéiques qui accompagnaient l'administration de la potion stibiée.

[1] *Thérapeutique de la phthisie*, p. 94.

L'avenir du traitement de la phthisie semble dépendre bien moins de la matière médicale que de l'hygiène. Le climat est, de tous les modificateurs hygiéniques, le plus complet et le plus puissant. Pour être favorable aux phthisiques, un climat doit réaliser deux indications importantes : relever les forces nutritives et, par ses conditions météorologiques, prévenir ou atténuer les excitations morbides du côté de l'appareil respiratoire. Le climat insulaire des Antilles réalise-t-il ces conditions prophylactiques et curatives?

Les régions équatoriales ne paraissent pas les réaliser, à cause des vents qui y règnent et des vicissitudes atmosphériques qu'elles subissent. « On ne conseillera pas l'émigration vers les pays intertropicaux, soumis, comme on le sait, aux brusques variations de température, d'autant plus que l'extrême chaleur a déjà ce résultat fâcheux d'amener l'inappétence et d'augmenter les transpirations. » Cette opinion de M. Hérard est surtout vraie pour le climat des Antilles. Je reprocherais à ce climat, non pas ses variations de température, qui ne sont jamais bien considérables, mais sa température constamment élevée, qui finit par rendre très-impressionnable aux plus légères dépressions thermométriques, son atmosphère si souvent et parfois si violemment agitée, les pluies diluviennes et les calmes énervants de l'hivernage. Placées dans la direction des vents alizés, les Antilles se divisent en deux parties : l'une, à l'est, dite *au vent*, l'autre à l'ouest ou *sous le vent*. Les vents constants qui soufflent sur cet archipel impriment à la végétation une inclinaison légère, qui indique leur direction d'orient en occident. Les côtes est de ces îles ont un air vif, excitant, agité par des vents souvent très-vio-

lents. La partie ouest offre des localités abritées, moins défavorables aux phthisiques.

C'est là, sur le littoral, que se présentent les tristes stations de la phthisie aux Antilles. Les avantages que possède l'atmosphère maritime de réveiller l'appétit et de stimuler les fonctions nutritives y sont annulés par de graves inconvénients, par les vents lourds et chauds qui soufflent de l'ouest assez fréquemment, quelquefois avec violence, et qui s'accompagnent de pluies et d'orages. Mais l'inconvénient le plus grave, c'est l'action implacable du soleil des tropiques, qui, de midi à six heures, calcine les rivages des Antilles situés au couchant. Peut-être les pics élevés de quelques-unes de ces îles pourraient offrir des stations favorables aux phthisiques, si la question de l'influence de l'air des altitudes donnait lieu à une solution favorable et définitive.

Si l'on s'en rapportait seulement au faible contingent que les garnisons fournissent à la phthisie aux Antilles, on serait porté à conclure à une heureuse influence de leur climat. Certaines immunités, pas plus que de graves tributs payés aux endémies et aux épidémies, ne font de l'état sanitaire des garnisons l'indice de la salubrité des colonies et le criterium de l'acclimatement. Si aux Antilles, où la tuberculisation pulmonaire est fréquente, l'effectif des garnisons formées d'hommes jeunes, à cette période de la vie où la maladie est surtout à redouter, ne présente cependant qu'exceptionnellemnt des phthisiques, cette immunité tient sans doute, en grande partie, à la durée du séjour, qui d'ordinaire est de trois années. J'ai observé quelques faits qui m'autorisent à penser que le séjour aux Antilles n'est pas sans exercer, dans les premiers temps, une influence heureuse sur la marche

de la tuberculisation chez l'Européen. Mais cette influence cesse au bout de quelques années. M. Rufz cite, dans son mémoire, d'autres faits contradictoires, des observations de phthisie mortelle développée, peu de temps après leur retour, chez des jeunes gens des colonies, qui, pendant leurs études en France, n'avaient présenté aucun signe de tuberculisation. Une fois déclarée chez l'Européen, la phthisie affecte une marche progressive et fatale, et c'est cette constante léthalité qui porte les médecins de la marine aux Antilles françaises à rapatrier, par le navire-hôpital, les Européens affectés de phthisie, appartenant à l'armée, à l'administration, au clergé et aux ordres religieux.

En résumé, les Antilles ne paraissent pas convenir à la phthisie, parce que leur climat tend à rendre moins facile et moins complète l'assimilation, parce qu'il dispose naturellement à l'anémie, et par ses conditions météorologiques et pathologiques débilite profondément la constitution. La phthisie pulmonaire demande une atmosphère moins brûlante, plus calme, plus tonique, des stations choisies dans les climats tempérés et non dans les régions torrides.

CHAPITRE III.

MALADIES DES VOIES CIRCULATOIRES.

Dans les climats chauds, les affections du cœur et de ses séreuses paraissent être moins fréquentes que dans les climats tempérés et froids. La péricardite et l'endocardite sont rares, parce que la maladie qui les produit le plus fréquemment, le rhumatisme articulaire aigu, est rare également. Or, comme la phlegmasie de la membrane interne du cœur est la cause génératrice ordinaire des altérations valvulaires, il en résulte que les maladies du cœur sont peu fréquentes dans les pays chauds. J'ai eu cependant occasion d'observer sur des adultes et des vieillards, blancs, mulâtres et nègres, des rétrécissements auriculo-ventriculaires, des insuffisances et des rétrécissements aortiques, des hypertrophies concentriques, des anévrysmes de la crosse aortique, des lésions complexes du cœur et des gros vaisseaux, altérations non-seulement reconnues pendant la vie, mais vérifiées par l'autopsie. J'ai été consulté pour des palpitations nerveuses du cœur dans des circonstances où l'anémie était peu apparente.

La chlorose, que la prédominance des accidents nerveux différencie de l'anémie, est infiniment plus commune dans les pays chauds que dans les pays tempérés. Les causes, le début, la marche, les symptômes sont analogues. J'ai observé la chlorose ménorrhagique et l'état désigné par Beau sous le nom de *pléthore séreuse*.

Le fer a presque toujours donné des guérisons dans les cas où la chlorose ne provenait pas d'une tuberculisation commençante du poumon.

Rien ne me semble moins exact que l'opinion populaire qui fait du scorbut une affection commune aux Antilles. Nul doute que le scorbut ne puisse s'y montrer par suite d'une agglomération considérable, sur un point donné, au milieu de mauvaises conditions hygiéniques. Je n'ai pas eu l'occasion d'en observer un seul cas, ni dans la pratique civile, ni dans les hôpitaux. C'est dire que je n'ai pas rencontré non plus la dysenterie scorbutique. La principale cause du scorbut, le froid humide, ne se retrouve pas aux Antilles. Cette opinion populaire, comme une foule d'erreurs aux colonies, est le vestige d'une doctrine médicale emportée par le temps. On retrouve dans le peuple l'empreinte de l'école physiologique; les théories humorales ont laissé une trace plus profonde, elles ont passé à l'état de croyance. Les doctrines qui, au dix-septième siècle et au commencement du dix-huitième, donnaient au scorbut une importance exagérée, et en faisaient le type d'une classe nosologique très-confuse comprenant les maladies les plus diverses, n'ont pas disparu de la science sans laisser quelques vestiges de leur existence. De là, aux colonies, la créance aux maladies scorbutiques.

Les lésions des voies circulatoires, qui appartiennent spécialement à la chirurgie, sont d'une extrême rareté. Si les anévrysmes traumatiques sont peu fréquents, les anévrysmes de cause interne ou spontanés sont presque inconnus. J'ai en vain cherché, dans mon observation personnelle, et dans la pratique de mes confrères, un cas d'anévrysme de la carotide ou de la poplitée. La di-

latation artérielle, anévrysme cyrsoïde de Breschet, se rencontre parfois à titre de curiosité pathologique. L'artérite n'est connue que de nom ; la phlébite s'observe encore moins que la lymphite. Ce sont là deux complications dont les plaies sont presque constamment exemptes. Aussi les blessés, les amputés ne sont-ils pas exposés aux terribles chances de l'infection purulente.

La *phlegmatia alba dolens* est très-rarement consécutive à l'accouchement, dont les suites sont presque toujours heureuses chez toutes les femmes, quelle que soit la race ou la classe de la société. Je n'ai jamais rencontré la *phlegmatia alba dolens* dans le cours de la phthisie pulmonaire. Comme l'angioleucite, l'adénite aiguë est peu fréquente et l'adénite chronique est rare, relativement à la diversité des maladies qui peuvent lui donner naissance. Dans les régions tropicales, deux grandes conditions des affections du système lymphatique font défaut, le tempérament lymphatique et le froid humide. Les conditions climatériques, la lumière ardente de ces régions ne sont pas favorables aux manifestations strumeuses. Aussi les engorgements glandulaires rares, peu développées, ont-ils de la tendance à disparaître spontanément sous l'influence de la croissance, ou cèdent-ils facilement à la médication employée. Les affections glandulaires, dont la fréquence est d'ailleurs si limitée, s'observent sur des sujets de races différentes. Chez un jeune homme de race blanche, j'ai vu un exemple d'adénie terminé par la mort.

Les varices des veines sont loin d'avoir aux Antilles la même fréquence que dans les pays tempérés. Aussi l'ulcère variqueux est-il le moins commun de tous les ulcères. D'après M. Briquet, au nombre des causes pré-

disposantes des varices, il faudrait mettre les tempéraments lymphatique et sanguin. La rareté de ces deux tempéraments aux Antilles y expliquerait-elle celle des varices? Dans quelques-uns des cas que j'ai vus sur des négresses, il y avait eu compression prolongée exercée sur les veines par des grossesses multipliées ou par des tumeurs de l'ovaire.

Les tumeurs érectiles sont des lésions fort rares qui ne nécessitent presque jamais, aux Antilles, l'intervention de la chirurgie. Il arrive presque toujours que ces petits points rouges qui s'effacent sous le doigt pour reparaître et qui sont les premiers linéaments des tumeurs érectiles cutanées ou artérielles, disparaissent insensiblement avec les progrès de l'âge. Je n'ai vu aucun exemple de tumeur érectile veineuse ou sous-cutanée. Les tumeurs érectiles artérielles que j'ai observées, ou sont restées stationnaires ou ont fini par pâlir et disparaître sans laisser aucun vestige à la peau. Aucun cas n'est venu à ma connaissance de ces tumeurs qui, en prenant de l'extension, s'emparent du tissu cellulaire et même des muscles, jettent des racines profondes et peuvent donner lieu à des hémorrhagies terribles par le développement des artères et des veines environnantes.

CHAPITRE IV.

MADADIES DES VOIES DIGESTIVES.

Dans les régions tropicales, les maladies des voies digestives et de leurs annexes occupent, en pathologie, un rang bien plus important que les affections thoraciques. Les influences qui, dans les zones tempérées et froides, impressionnent d'une façon morbide les organes thoraciques, se font sentir de préférence sur les viscères abdominaux dans la zone tropicale. Le refroidissement qui produira là une pneumonie, une pleurésie, une péricardite, déterminera plutôt ici une entérite, une dysenterie, un embarras gastrique fébrile. Cette prédominance des maladies du tube digestif résulte de leur fréquence, non de leur variété.

Les deux seules affections de la cavité buccale qui se rencontrent souvent sont la stomatite aphtheuse et le muguet. La première, qui n'offre aucune particularité, cède à quelques collutoires, au chlorate de potasse surtout. L'enfant nouveau-né présente souvent le muguet, état ordinairement sans gravité et que dissipe la médication la plus légère. L'exsudation pseudo-membraneuse de la bouche se montre souvent dans le cours d'une diarrhée plus ou moins abondante, chez les enfants élevés au biberon, sevrés prématurément ou soumis à de mauvaises conditions hygiéniques. La mortalité n'est pas due alors au muguet, mais à l'entérite. Le muguet paraît aussi chez l'adulte et le vieillard, comme un

symptôme fâcheux, parfois ultime, à la fin de maladies longues et graves, de la diarrhée chronique surtout.

Conséquences pathologiques d'une fonction physiologique, les accidents de la dentition sont les mêmes dans les climats chauds. La vieille opinion d'Hippocrate, qu'il faut se garder de supprimer la diarrhée liée à l'évolution dentaire, est devenue aux colonies un préjugé populaire aussi tenace que fâcheux. Il faut toujours combattre, chez l'enfant, la diarrhée, souvent si grave, à laquelle prédisposent les climats chauds. C'est la maladie des deux termes extrêmes de la vie. Après la diarrhée, les convulsions sont les accidents les plus fréquents de la dentition. En dehors de leur gravité propre, ces accidents éclamptiques peuvent masquer un plus grand péril. On ne saurait les observer avec trop de soin, pour ne pas les confondre avec les convulsions si souvent symptomatiques dans le premier âge d'un accès pernicieux. S'il y a seulement le plus léger doute, il est nécessaire de recourir à l'administration intérieure du sulfate de quinine, quel que soit l'âge de l'enfant.

Les angines simples, érythémateuses, herpétiques, pultacées, sont assez communes dans la pratique. On observe aussi l'angine granulée, l'hypertrophie des amygdales et l'angine phlegmoneuse. Ces affections se présentent surtout lorsque la constitution devient catarrhale. On rencontre en même temps des coryzas, des conjonctivites, des oreillons, des laryngites et des bronchites.

L'embarras gastrique, autre affection catarrhale, a une désignation populaire qui en rappelle la cause la plus fréquente. Le coup d'air succède à un refroidissement plus ou moins brusque ; souvent, chez le nègre, à une nuit passée en plein air, sur un sol humide. Quelque-

fois les symptômes de l'embarras gastrique apparaissent consécutivement à l'ingestion d'un liquide froid, le corps étant tout en sueur. Fétidité de l'haleine, enduit limoneux de la langue, épais, jaunâtre ou grisâtre, céphalalgie violente, nausées, vomissements de mucosités et bile, courbature très-prononcée, état fébrile. Après l'emploi des évacuants, il est prudent, contre la fièvre, d'administrer du sulfate de quinine, car cet appareil symptomatique cache quelquefois des accès pernicieux.

La gastrite, la gastro-entérite sont des maladies dont l'école physiologique a établi abusivement l'existence aux colonies, dans des états morbides divers. L'usage des boissons alcooliques, l'abus des aliments épicés et l'influence du climat étaient les causes banales de ces phlegmasies. La gastrite aiguë ou chronique est pourtant rare à observer dans les pays chauds. Je n'en ai rencontré qu'un seul cas qui pouvait se rapporter à la forme chronique. C'était chez une religieuse de Saint-Joseph de Cluny, que j'ai vue en consultation avec M. le docteur Chapuis. La malade était arrivée à un véritable état squelettique, à un tel degré de marasme, que sa mort semblait prochaine. Une demi-tasse de bouillon froid, prise par cuillerées dans les vingt-quatre heures, était, en fait d'alimentation, tout ce que l'estomac pouvait supporter. Il y avait à l'épigastre des douleurs exaspérées par la pression, un peu de fièvre irrégulière, des nausées et des vomissements de bile semblables à de l'herbe hachée. A la palpation, aucune tumeur, ni du côté de l'estomac, ni du côté du foie ; à l'auscultation, aucun signe du côté du poumon. Malgré la gravité de cet état, une médication sagement dirigée, aidée du changement

d'air et des ressources de l'hygiène, finit avec le temps par triompher de ces accidents.

Aux Antilles, l'usage d'une alimentation épicée, souvent même l'abus des condiments pour réveiller l'appétit, et la susceptibilité maladive des voies digestives sous les influences du climat, prédisposent aux dyspepsies. Celles-ci sont très-souvent consécutives à la dysenterie ou liées à la diarrhée chronique, à la chlorose chez les femmes, et, chez les races tropicales surtout, à la chloro-anémie. Les formes les plus fréquentes sont les dyspepsies gastralgique, flatulente et lientérique. Dans leur traitement, c'est l'hygiène, bien plus que la matière médicale, qui tient le premier rang. Dans cette affection, ainsi que dans beaucoup d'autres contractées dans les pays chauds, les malades ont un puissant moyen de guérison dans l'émigration vers les zones tempérées, à la condition qu'elle ne soit pas trop différée.

Les affections intestinales sont endémiques sous la zone torride. Aiguës ou chroniques, inflammatoires ou catarrhales, elles atteignent tous les âges, l'enfance et la vieillesse surtout ; elles sont un des écueils de l'acclimatement. Nous avons déjà longuement insisté sur la fréquence et la gravité de la dysenterie et de la diarrhée chronique. L'entérite est commune dans l'enfance et d'autant plus sérieuse que le petit malade est plus jeune. A la forme aiguë succède souvent la forme chronique. L'enfant maigrit à un tel point, que sa tête semble disproportionnée à son corps décharné ; la face est ridée, grippée ; la peau, souvent refroidie, est terne, plissée, rugueuse et sèche ; la diarrhée varie d'intensité, de consistance et de couleur ; il y a de petits accès de fièvre, de l'infiltration aux malléoles et du liquide dans le péri-

toine ; chez des enfants nègres surtout, cette cachexie est encore aggravée par des dépravations de goût, telles que la géophagie. Le traitement est difficile et rarement suivi de succès. La guérison arrive lentement comme la mort. Il ne faut pas cependant se hâter de condamner ces petits malades; j'en ai vu guérir dont la position semblait désespérée. Aux colonies on apprend beaucoup à compter sur les ressources de l'hygiène et sur le changement d'air dans les affections les plus graves. J'ai observé quelques cas d'entérite cholériforme ou choléra infantile survenant d'emblée ou comme le paroxysme d'une entérite préexistante.

L'affection vermineuse est commune aux Antilles. Le ténia y est assez rare, les oxyures vermiculaires y sont une des maladies légères de l'enfance ; les ascarides lombricoïdes sont remarquables par leur fréquence à tous les âges, mais surtout dans le jeune âge et par les accidents quelquefois très-graves qu'ils déterminent. Nous avons vu précédemment que l'affection hydatique est inconnue aux Antilles. Les climats ont une influence qui paraît évidente sur la production de telle ou telle espèce de ces parasites. Tandis qu'en Islande, la maladie hydatique est très-fréquente chez l'homme, et tellement commune chez les moutons, que souvent les tumeurs hydatiques font saillie à la paroi abdominale qui s'enflamme et se perfore, elle est rare aux Etats-Unis et dans l'Inde et inconnue dans d'autres pays. Le ténia solium se trouve dans l'Inde, en Égypte, en Abyssinie, en Grèce, en Allemagne, en Portugal et dans l'Amérique septentrionale ; le bothriocéphale se rencontre en Suisse, en Pologne, en Russie. Tandis que les lombrics s'observent rarement à Paris, ils sont endémiques dans certains can-

tons de la Normandie et de l'Alsace : aux Antilles, leur fréquence est extrême .

Rien de plus obscur que la symptomatologie des ascarides lombricoïdes. Aucun signe n'indique d'une façon certaine leur présence dans le canal intestinal. Le seul qui révèle leur existence, comme le dit Bremser, c'est leur rejet à l'extérieur. Encore de l'expulsion d'un ou de plusieurs lombrics, ne peut-on inférer d'une manière absolue qu'il en reste ou qu'il n'en existe plus d'autres. Les enfants qui ont des vers ont généralement des coliques sourdes, des picotements à la région ombilicale, le ventre ballonné, de l'inappétence et des accidents diarrhéiques. La face est pâle, plombée, les yeux sont abattus, languissants, entourés d'un cercle bistré ; la pupille est quelquefois dilatée. Chez certains enfants, il y a des pâleurs et des rougeurs subites, même de légères syncopes. Je n'attribue aucune importance à l'aspect de la langue. Dans ces conditions administre-t-on des vermifuges aux enfants, les uns rejettent des vers dont la quantité peut varier de un à plusieurs centaines, les autres n'en rendent pas un seul. Il est des enfants qui ont des lombrics et jouissent d'une belle santé. Ainsi que j'en ai vu des exemples, un enfant qui présente les signes de l'affection vermineuse prend de la santonine ; un autre en mange quelques pastilles, seulement par imitation. C'est ce dernier seul qui rejette des lombrics.

Il est fréquent d'observer de légers accès fébriles, liés à la maladie vermineuse dans certains cas ; car, rebelles au sulfate de quinine, ils cèdent aussitôt après l'expulsion provoquée des ascarides lombricoïdes. Malgré la fréquence de ces parasites, je n'ai pas constaté d'autres accidents que la diarrhée cholériforme et les convul-

sions. Je n'ai rencontré ni abcès vermineux, ni perforations intestinales, ni étranglement interne, ni migrations ailleurs que dans l'estomac et les premières voies, aucun de ces faits pathologiques singuliers dus à la présence des lombrics.

Le pronostic est presque toujours heureux. A mesure que l'enfant grandit et que les mauvaises conditions alimentaires se modifient, la prédisposition diminue, et, d'ailleurs, la maladie se guérit assez aisément. Il ne faudrait cependant pas s'écarter d'une certaine réserve ; la présence des vers détermine, en effet, des troubles de la santé, parfois fort graves. Ils peuvent même occasionner la mort par leur multiplicité. Un enfant de trois ans, sous l'influence d'un vermifuge, en rendit plus d'une centaine de toutes les tailles et, après sa mort, amenée par des accidents cholériformes, il en sortit par le rectum des quantités qui pouvaient être évaluées par centaines.

Les convulsions générales sont l'accident le plus fréquent et le plus redoutable. Elles sont parfois la première manifestation de la maladie, quelquefois la dernière, car elles peuvent être mortelles pour l'enfant. L'adulte n'en est pas exempt. L'absence de fièvre antérieure ou consécutive les différencie des crises éclamptiques déterminées par les accès pernicieux. Elles disparaissent par l'administration des lavements d'assa-fœtida, des vermifuges et des purgatifs, qui amènent l'expulsion des lombrics. Ces convulsions dépendent bien moins du nombre de ces parasites que de la prédisposition du sujet.

La récidive est très-fréquente dans la maladie vermineuse. La médication qui tue les individus d'une génération n'atteint pas ceux de la génération suivante,

alors en germe dans l'œuf. Aussi est-il nécessaire de revenir à l'administration des vermifuges. Le plus usité est la santonine, si aisée à prendre pour les enfants. J'ai plusieurs fois constaté, chez l'adulte même, les troubles qu'elle détermine dans la vision. Chez une jeune mulâtresse de vingt-cinq ans, quinze centigrammes de santonine produisirent des accidents de fièvre et une hématurie légère. Lorsqu'il existe, avec les convulsions, un peu de fièvre et s'il y a le moindre doute sur leur cause, il faudra prescrire le sulfate de quinine, médicament adjuvant, d'ailleurs, par son amertume et sans nocuité. Il sera bon de terminer tout traitement anthelmintique par l'administration du vin de quinquina.

Parmi les moyens populaires empruntés à la flore locale, figure le suc exprimé du semen-contra, à la dose d'un demi-verre pendant deux jours, ou pris en une fois mêlé à de l'éther, à de la mélasse et à de l'huile de ricin. Le purgatif est, d'ailleurs, réglementairement administré après le vermifuge. Un autre remède est un électuaire fait avec les petits poils qui couvrent les gousses du stizolobium (*Dolichos pruriens*). Ce moyen est un peu délaissé, ainsi que le lait de papayer (*Carica papaya*), qui serait, d'après le docteur Viani [1], un excellent vermifuge, réussissant dans les cas où la santonine échoue. La dose est, suivant l'âge des enfants, d'une à quatre cuillerées à café, quatre à seize grammes, du lait ou suc du fruit vert du papayer mêlé à une égale quantité de miel. On bat de manière à mêler intimement, et, une heure après l'ingestion, on donne le mélange suivant :

Huile de ricin.....	4 à 24	grammes.
Suc de citron......	4 à 8	—

[1] *Annuaire de Thérapeutique*, 1866, p. 276.

A la Martinique, les coliques sèches ne s'observent guère que sur les marins et les soldats de la garnison; elles ne se rencontrent que très-accidentellement dans la clientèle privée. Cette rareté de la maladie ne vient-elle pas à l'appui de l'opinion de M. le docteur Lefèvre, qui la considère comme une entéralgie saturnine, se montrant sur un groupe d'hommes vivant dans des conditions déterminées, comme à bord des navires, et par le fait de causes spéciales? Je n'ai aucune expérience qui me permette de me prononcer; je n'ai eu à traiter aucun cas de colique sèche.

Je serais porté à penser que l'influence des climats chauds prédispose aux hémorrhoïdes, à cause de la fréquence de cette maladie au Antilles. Contrairement à l'opinion de Samuel Cooper, les hommes y semblent bien plus prédisposés que les femmes. Deux causes tendent à la produire, les professions sédentaires et la constipation. Par un contraste assez remarquable, beaucoup de personnes souffrent de la constipation aux colonies alors que la diarrhée y est une des maladies les plus communes. J'ai connu des hémorrhoïdaires qui menaient une existence très-active.

Les symptômes, la marche, les accidents, n'offrent aucune particularité qui ne s'observe dans les pays tempérés. Seulement, les hémorrhoïdes fluentes exposent à un sérieux danger, par l'anémie rapide ou profonde, consécutive aux pertes de sang. Aussi, est-ce plutôt pour prévenir le retour de ces hémorrhagies que pour tout autre motif, que le chirurgien se décide à recourir à un traitement curatif? Dans la grande majorité des cas, les hémorrhoïdes, contenues dans des limites modérées, n'ont besoin que d'un traitement palliatif. Dans d'autres

circonstances, l'abondance et la récidive des hémorrhagies rendent le pronostic sérieux. Comme, dans ces pays, toute cause d'affaiblissement devient cause de fièvre, l'anémie se trouve aggravée et entretenue par la fièvre intermittente. Le meilleur mode de traitement m'a semblé être l'écrasement linéaire. En évitant l'hémorrhagie, l'instrument de M. Chassaignac rend un précieux service aux opérés. Ceux-ci devront être soumis à l'administration des ferrugineux et des toniques.

Les rétrécissements de l'anus et du rectum, qui s'observent très-rarement, d'ailleurs, sont dus aux ulcérations consécutives à la dysenterie. Trois fois j'ai eu à opérer des enfants nouveau-nés affectés de perforation incomplète et de rétrécissement de l'anus et du rectum. Deux de ces opérations ont réussi et, après quatre ans, les deux petites filles qui en font le sujet jouissaient d'une parfaite santé. On a souvent l'occasion d'observer la chute du rectum, non-seulement chez l'enfant, mais chez l'adulte, consécutivement à la dysenterie et à la diarrhée.

Il en est de même des fistules à l'anus, déterminées et entretenues par un grand nombre de causes. L'incision participe à l'immunité générale attachée aux opérations chirurgicales. La fissure à l'anus semble être beaucoup plus rare. Les polypes du rectum se rencontrent accidentellement chez les enfants. Je ne connais aucune observation de rétrécissement syphilitique ou de cancer du rectum.

Avec le cadre étroit de ce travail, je ne puis rassembler que quelques faits relatifs aux hernies, dont la fréquence m'a paru très-grande. L'étranglement cède généralement au taxis, et le débridement est une opération

exceptionnelle. Ainsi, pour une population qui, pour la ville de Saint-Pierre et ses environs, peut s'élever à quarante mille âmes, la rareté de cette opération est faite pour surprendre d'autant plus que les hernies sont communes. Si l'on cherche à interpréter ce fait, on trouve que généralement, dans les hernies, l'étranglement s'observe le plus souvent chez les adultes et que, chez le vieillard, on rencontre plutôt la péritonite herniaire. Les constrictions causées par des brides celluleuses se remarquent surtout chez eux, lorsque les hernies sont anciennes et volumineuses. L'inflammation est d'ailleurs l'accident propre aux hernies d'un volume considérable, et l'étranglement, celui des hernies petites, marronnées. Parmi les causes de l'étranglement se trouvent l'application d'un bandage herniaire mal fait, qui laisse sortir de temps en temps la hernie, et l'abandon du bandage avant entière guérison. Quand le malade n'a jamais porté de bandage, l'étranglement est rare.

Je me suis demandé si l'absence, pour ainsi dire, des accidents d'étranglement dans les hernies ne tiendrait pas à ces deux circonstances : que les hernies très-souvent n'ont jamais été contenues et qu'elles sont généralement volumineuses. La race noire s'astreint rarement à des moyens qui, comme un bandage, impliquent de la prévoyance et des soins. Dans son incurie, le nègre abandonne sa hernie à elle-même, sans réduction et sans contention. Le calibre des anneaux et celui de l'orifice du sac acquièrent alors une étendue proportionnelle à la capacité du sac herniaire. Il semble aussi que le climat contribue à relâcher les anneaux, par suite de l'atonie dont il frappe tous les tissus.

Chez l'enfant et le jeune homme, la contention exacte

est très-souvent suivie de la guérison radicale de la hernie. J'ai à ma connaissance plusieurs cas de guérison de hernies inguinales au moyen du bandage, aidé de douches et de bains froids. Dans les cas de hernie étranglée que j'ai rencontrés, les applications de glace sur la tumeur n'ont été qu'un moyen adjuvant qui n'a jamais empêché le taxis. Le taxis prolongé, mais fait avec la patience et la douceur nécessaires, réussit presque toujours. Les narcotiques, les débilitants, les agents anesthésiques surtout, favorisent la réduction en diminuant ou en suspendant la contraction des muscles de l'abdomen. Dans les hernies volumineuses qu'on rencontre le plus souvent, on a moins à craindre les inconvénients du taxis prolongé que dans les petites hernies. Je n'ai pas à décrire les diverses espèces de hernies qui s'observent dans la pratique. Les déplacements qui se font par l'anneau crural sont infiniment plus rares que ceux qui ont lieu par le canal inguinal. On retrouve aussi la prédominance du sexe féminin pour la hernie crurale. La hernie inguinale, généralement développée, mérite la plupart du temps, par l'étendue du déplacement et la saillie que forme la tumeur, les dénominations de *bubonocèle* et d'*oschéocèle*, suivant qu'elle est limitée au pli de l'aine ou qu'elle plonge dans le scrotum.

Dans un certain nombre de cas, il est difficile de porter un diagnostic rigoureux. Les parties, dans ces hernies anciennes, sont tellement déformées, que les caractères disparaissent presque complétement. La hernie ombilicale est assez commune chez la race noire, circonstance due au peu de soin apporté à la ligature du cordon. Souvent, c'est immédiatement après la chute du cordon que l'omphalocèle apparaît ; souvent encore, elle

se montre dans les premiers mois qui suivent la naissance. Dans quelques circonstances, sous l'influence d'une cause violente, l'intestin peut sortir par l'anneau ombilical, à une époque plus ou moins avancée de la vie de l'enfant, et cette circonstance doit alors être attribuée à la persistance de l'ouverture ombilicale. Les cris, les accès de toux, la coqueluche, les convulsions sont les causes ordinaires de ces déplacements. L'omphalocèle, qui se rencontre quelquefois chez la femme, est généralement consécutive à la distension des parois abdominales par la grossesse et l'ascite.

CHAPITRE V.

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

L'anasarque et l'ascite sont très-fréquentes aux Antilles où l'anémie, sans lésion organique, les détermine le plus souvent, chez les races tropicales surtout. Je les ai vues toutes les deux liées à des lésions du cœur et des gros vaisseaux, et à des hypertrophies de la rate et du foie consécutives aux fièvres intermittentes. Elles dépendent aussi de la diarrhée chronique, avec laquelle elles alternent parfois, disparaissant lorsque celle-ci reparait avec abondance, et, lorsqu'elle cesse, se reproduisant. Quelquefois chez les enfants, surtout ceux de race noire, l'ascite est produite par l'engorgement des glandes mésentériques.

Quand l'ascite est idiopathique, elle peut guérir par les purgatifs et les diurétiques, aidés d'une bonne alimentation, des préparations amères, ferrugineuses et toniques. Les pilules de scille, de digitale et de scammonée, d'après la formule de M. Bouchardat, m'ont donné de bons résultats. L'ascite est souvent rebelle et se reproduit, après la ponction, avec une déplorable promptitude. Mon collègue M. le docteur de Luppé a obtenu à l'hôpital civil de Saint-Pierre des guérisons d'ascite rebelle, par l'injection iodée dans le péritoine Ces injections ne déterminent, chez le nègre, ni accidents ni mouvement fébrile appréciables, défaut de réaction qui tient bien moins à une propriété de race qu'à l'atonie générale des individus.

M. le docteur Rougon (note communiquée) a observé la même insensibilité chez le coolie de l'Inde. A l'hôpital civil de Fort-de-France, il a fait et vu faire trente injections iodées, sur des immigrants indiens, dans des cas d'ascites dues exclusivement à l'anémie. Certains sujets ont subi deux et trois fois l'injection, tantôt au tiers de teinture d'iode, tantôt à parties égales, plus rarement aux deux tiers de teinture pour un tiers d'eau. C'était en quelque sorte un moyen ultime qui, en modifiant et en arrêtant même temporairement la sécrétion de la séreuse abdominale dans les cas d'ascite liée à l'anémie et sans altérations d'organes, permettait de s'attaquer à la cause même, à l'anémie, pour la combattre, si aléatoire que devait être le résultat avec la difficulté qu'on éprouve à faire abandonner par l'Indien son alimentation presque exclusivement végétale.

Ces sujets ont été perdus de vue à leur sortie de l'hôpital et le résultat définitif fait défaut. Quant au résultat qui suit immédiatement l'injection péritonéale, M. Rougon n'a observé que quelques coliques peu intenses, de trois à quatre heures de durée et cédant à des onctions de pommade belladonée et à des cataplasmes laudanisés. Quelques malades avaient le pouls faible et des sueurs froides. L'un d'eux, une demi-heure après l'injection, sortit de son lit en accusant des vertiges et présentant la démarche vacillante de l'ivresse. Etait-ce l'ivresse iodique? Etait-ce l'ivresse alcoolique due à l'absorption de l'alcool entrant dans la teinture? Ces accidents cédèrent à quelques affusions froides. D'autres malades n'offraient aucun signe de réaction et semblaient n'avoir subi aucune opération.

Dans une autopsie faite un mois après l'injection

iodée, on remarquait des arborisations et des vasculari-sations du péritoine viscéral ; le péritoine pariétal était intact; il existait quelques adhérences légères des circonvolutions intestinales. En insistant un peu sur ce sujet, j'ai voulu montrer la réaction faible ou nulle que, sous la zone torride, les sujets présentent dans les affections qui atteignent profondément l'économie. J'ai voulu également attirer l'attention sur un sujet intéressant et important qui réclame de nouvelles recherches et une très-sérieuse expérimentation.

Dans un certain nombre de cas, l'anasarque et l'ascite sont liées aux lésions rénales de la maladie de Bright, dont la fréquence paraîtrait sans doute plus grande si, dans la pratique médicale aux colonies, on examinait plus souvent et avec plus de soin les urines des malades. Le diabète sucré paraîtrait aussi moins rare. L'observation suivante, bien que l'autopsie manque, a peut-être quelque intérêt en ce qu'elle montre que la maladie de Bright n'est pas modifiée dans son expression symptomatique par les climats chauds.

M. de V..., que je vis pour la première fois en mai 1858, attribuait l'origine de sa maladie à des fièvres intermittentes contractées précédemment à l'île de Sainte-Lucie. Doué d'une forte constitution, il avait été, par la nature de ses occupations, l'administration d'une sucrerie, soumis pendant longtemps aux intempéries atmosphériques. Il présentait de l'œdème au visage, aux lombes, aux parois abdominales, aux pieds, aux jambes ; la pression provoquait de la douleur à la région lombaire ; les urines. pâles, décolorées, donnaient par la chaleur et par l'acide nitrique un abondant précipité d'albumine. Les pilules de scille, de digitale et de scammonée, les tisanes nitrées, l'oxymel scillitique, les bains de

vapeur, les frictions sèches firent disparaître l'anasarque et l'ascite qui existait à un notable degré. Les viandes grillées et rôties, le vieux bordeaux, le vin de quinium, les préparations de fer relevèrent les forces et hâtèrent la convalescence. Au bout de cinq mois, les conditions de la santé étaient presque normales, l'urine étant à peine troublée par un nuage léger d'albumine qu'y formaient les réactifs.

Contre mon avis, M. de V... reprit ses travaux agricoles. Quand je le revis l'année suivante, la néphrite était revenue, plus grave qu'auparavant. J'essayai différentes médications avec peu de succès. Le 16 juin 1860, pendant la nuit, la moitié gauche du corps fut frappée de paralysie. Avec une extrême lenteur le mouvement revint à la paupière, à la moitié de la face et au membre inférieur. Au bout de six mois, l'harmonie des traits et l'intégrité des fonctions étaient parfaites; le bras gauche seul restait faible et la main inhabile à remplir le moindre office. L'intelligence n'était pas altérée ; mais le caractère avait changé, était devenu bizarre, irascible et violent. M. de V... se fit transporter aux eaux alcalines thermales du Prescheur, ensuite aux eaux ferrugineuses de Fort-de-France. Elles n'amenèrent aucune modification ni dans la boulimie qu'il avait alors, ni dans les atroces migraines qui le tourmentaient.

Le 15 septembre, plusieurs grandes attaques d'éclampsie se succédèrent de minuit à neuf heures du matin. Ces accès, qui n'avaient pas paru jusqu'alors, ne se reproduisirent plus. Déjà avant ces grands accidents liés à l'urémie, les sentiments bons et affectueux avaient remplacé l'exaltation et l'irritation du caractère. L'anasarque, à ce moment, était considérable; l'ascite gênait parfois la respiration, et, comme le précipité albumineux des urines, ces épanchements étaient soumis à des alternatives de diminution et d'augmentation ; la pâleur était livide ; les forces déclinaient lentement. Tourmenté du besoin de changer de place, ce malade partit pour

une commune de la colonie éloignée de Saint-Pierre. La mort le surprit en chemin, en décembre 1860.

La pathologie des organes génito-urinaires m'a semblé offrir aux Antilles moins de variété, une gravité moins fréquente et moins de complications que dans les pays tempérés. Les cas réclament moins souvent l'intervention du chirurgien. L'affection calculeuse, par exemple, présente évidemment moins de gravité. Rien de plus ordinaire, dans les pays froids et tempérés, que de voir la gravelle urique et la goutte en coexistence l'une avec l'autre, ou du moins à tour de rôle, chez le même sujet. Rien de plus rare que cette complication aux Antilles, où la goutte est exceptionnelle. Les diverses espèces de gravelle s'y observent néanmoins.

Là, comme partout, les calculs de la vessie sont ceux qui ont la plus large part dans l'histoire de la maladie calculeuse, mais encore cette part est-elle en réalité bien restreinte. Ces calculs n'existent guère que dans la vieillesse ; rarement chez l'adulte ; plus rarement chez l'enfant. Quel enfant, depuis trente ans, a subi, à la Martinique, l'opération de la taille? Je n'en sais pas un exemple. D'après une statistique donnée par M. Civiale, sur 5 376 calculeux, on trouve, jusqu'à l'âge de dix ans, 1 946. Les enfants calculeux sont donc très-nombreux, et il est à remarquer que ceux qui appartiennent aux classes indigentes sont plus exposés à l'affection que ceux qui appartiennent aux classes riches. Aux Antilles, nulle différence relativement aux classes sociales et aux diverses races; l'immunité, due à l'influence climatérique, sans doute, existe pour tous les enfants indifféremment.

Il n'y a guère que quelques vieillards qui souffrent de calculs vésicaux. On est peu consulté pour cette affec-

tion, et presque jamais il n'y a urgente nécessité d'intervenir. La taille et la lithotritie ne sont indiquées que dans des circonstances très-exceptionnelles. La présence des calculs se manifeste par des symptômes plus ou moins obscurs, par du catarrhe, de la rétention d'urine. Toutes les affections qui modifient la sécrétion et l'excrétion de l'urine peuvent être considérées comme causes de calculs. Or, dans les pays chauds, ces affections sont relativement moins fréquentes. Aussi l'étude de cette partie de la pathologie est-elle peu riche en faits cliniques d'un réel intérêt. La néphrite, la pyélonéphrite, la cystite calculeuse, ne s'observent presque jamais. Les cystites que j'ai vues avaient l'uréthrite pour point de départ.

Contrairement à ce qui s'observe aux Antilles, la fréquence des calculs vésicaux dans les Indes est, pour ainsi dire, proverbiale, et l'opération de la lithotomie est populaire parmi les indigènes. C'est ainsi que le docteur H. Greenhow (dans *The Indian Annals of medical science*, n° 22; 1867) a pu, en recueillant les résultats de la pratique de vingt chirurgiens, réunir le nombre étonnant de 1 851 cas de lithotomie. Dans les tableaux, au nombre de quatre, publiés par M. Greenhow [1], l'âge moyen a varié de dix-sept à trente-quatre ans. Parmi les âges extrêmes, on a opéré un enfant de onze mois et trois vieillards centenaires. Le nombre des calculs n'a pas été considérable; assez souvent on en rencontrait deux, trois et même cinq; dans un cas, on en a extrait jusqu'à douze. Sous le rapport de leur composition, les calculs se divisaient, dans 365 cas où l'analyse en fut faite, en : 225 d'acide urique, 104 phospha-

[1] Sur la lithotomie et la lithotripsie au Punjab (*Gaz. hebd. de médecine*, 1867, n° 43.)

tiques, 35 oxaliques purs ou mélangés, et 1 organisé.

Le catarrhe vésical s'observe assez souvent aux Antilles, sans aucune modification dans sa symptomatologie et ses conséquences : le vieillard en est plus fréquemment affecté que l'adulte. Les causes les plus certaines m'ont paru être l'hypertrophie de la prostate et les rétrécissements de l'urèthre, lésions que détermine le séjour de l'urine dans la vessie. L'hématurie, endémique à Maurice, à Bourbon et au Brésil et dont les créoles de ces pays présentent encore des symptômes en Europe, est une maladie peu fréquente aux Antilles. Je n'en ai observé que trois cas. Chez une jeune femme blanche abondamment menstruée, l'hématurie alternait parfois avec les règles. Dans un avortement de trois mois pour lequel je lui donnai des soins, il y avait à la fois métrorrhagie et hématurie.

Dans les localités où elle est endémique, l'hématurie alterne souvent avec la chylurie. Ces deux maladies sont aussi rares l'une que l'autre aux Antilles. Je n'ai rencontré qu'un seul exemple d'urines chyleuses chez un créole blanc, atteint de rétention d'urine. Ses urines, assez claires ordinairement, devenaient parfois d'un blanc laiteux. Ce malade, que je perdis de vue, a succombé à une affection complexe des voies urinaires. J'ai cru longtemps affecté d'hématurie essentielle un malade dont l'autopsie faite par un de mes confrères a révélé deux ulcérations de la vessie. Je n'ai observé ni fongus, ni polypes, ni névralgie de la vessie. Le cancer par propagation n'est pas très-rare chez la femme, à cause de la fréquence du cancer utérin.

La spermatorrhée est une de ces affections qu'entretiennent les conditions déprimantes des climats chauds.

Dans quelques cas, le sperme est plus ou moins mélangé de sang. Cette dernière maladie, liée à une phlegmasie chronique des vésicules séminales et de leurs conduits excréteurs, est encore plus rebelle que la spermatorrhée simple et ne cède pas à l'emploi des moyens généraux. Elle exige un traitement local. J'ai vu M. Demarquay recourir avec succès, dans ces circonstances, à la cautérisation du *veru montanum* et de l'orifice des conduits séminifères, au moyen du porte-caustique de Lallemand, chez un jeune pharmacien de la marine, qui avait rapporté cette maladie des Antilles.

L'étude des affections de la prostate est plus limitée et moins intéressante que dans les pays tempérés. Ce n'est pas qu'on ne rencontre l'incontinence et la rétention d'urine, la cystite, la constipation et les autres désordres consécutifs au développement pathologique de la prostate; mais l'hypertrophie prostatique, assez peu commune, ne se retrouve guère que dans la vieillesse. La blennorrhagie, les rétrécissements de l'urèthre et l'affection calculeuse jouent un rôle assez borné dans l'étiologie de la prostatite aiguë et chronique. Les abcès prostatiques ne sont presque jamais consécutifs à la fonte des masses tuberculeuses. S'il n'est pas rare dans les climats tempérés de voir l'affection tuberculeuse envahir la prostate, le testicule, d'autres glandes et d'autres organes, dans les pays chauds ses manifestations sont spécialement localisées au poumon. Je ne connais aucun fait d'accidents déterminés par des calculs de la prostate, et le cancer de cette glande participe naturellement de la rareté du cancer du rectum.

Les affections inflammatoires de l'urèthre sont fréquentes; la blennorrhagie est, comme partout, très-

commune; on est souvent consulté pour cette forme d'uréthrite chronique, la goutte militaire. La fréquence de la blennorrhagie explique celle des rétrécissements organiques de l'urètre. Le traitement des rétrécissements est souvent très-difficile par le fait d'une circonstance étrangère, la détérioration que subissent dans les pays chauds les sondes et les bougies. Sous l'influence de la chaleur et de l'humidité, elles s'écaillent, perdent leur cohésion, se ramollissent et s'agglutinent.

Le procédé que j'ai employé, dans les cas assez nombreux que j'ai eu à traiter, a été la dilatation temporaire et progressive. Dans ce long traitement, on est presque toujours arrêté par des accès de fièvre. Ces accidents sont peut-être plus communs aux Antilles, à cause de l'influence spéciale et sans cesse agissante qui tend à y imprimer à toute maladie, à toute lésion, le cachet de l'intermittence. Rarement ces accès ont assez de gravité pour mettre la vie en péril; ils nécessitent néanmoins l'emploi de doses élevées de sulfate de quinine.

D'après ce que nous avons dit de la fréquence plus ou moins grande de certaines lésions, telles que la paralysie de la vessie, la cystite, les maladies de la prostate et les coarctations de l'urèthre, la rétention et l'incontinence d'urine doivent, sans être très-communes, se présenter assez souvent à l'observation. Aussi rencontre-t-on, chez le vieillard, l'incontinence par paralysie du sphincter vésical, dans laquelle il y a excrétion involontaire de l'urine qui s'échappe goutte à goutte, au fur et à mesure qu'elle est versée dans la vessie, et l'incontinence par regorgement, dans laquelle l'urine, préalablement accumulée dans la vessie, s'écoule goutte à goutte. Il n'est pas rare non plus d'observer l'incontinence nocturne

d'urine chez les enfants de l'un et de l'autre sexe.

Les abcès urineux, l'infiltration urineuse ont les mêmes conséquences redoutables dans les pays chauds. Les fistules uréthro-périnéales, scrotales et péniennes sont dues à des rétrécissements du canal ou à des abcès urineux. Quant aux fistules uréthro-péniennes congénitales, l'hypospadias, l'épispadias, elles se présentent, comme partout, à titre d'exceptions intéressantes.

L'orchite blennorrhagique, assez commune, se montre de la troisième à la sixième semaine et n'a rien de spécial à noter. Certaines orchites ne peuvent être rapportées qu'à des efforts ou à des contusions du testicule. Je n'ai pas observé celle qui est liée à la disparition des oreillons. J'ai inutilement cherché, lors de la grave épidémie de variole qui a sévi à la Martinique en 1861, l'orchite qui s'offre quelquefois comme épiphénomène dans cette pyrexie.

Dans la pratique chirurgicale aux Antilles, c'est chose bien rare que le diagnostic différentiel hésite entre le testicule cancéreux, tuberculeux ou syphilitique : trois dégénérescences rares ; la dernière moins encore que les deux autres. Les tubercules du testicule, qui se montrent surtout à l'époque de la puberté et dans les premières années qui la suivent, limités à un seul testicule ou envahissant les deux, coïncident souvent avec une affection semblable des autres organes. Outre les tubercules qui peuvent se trouver dans le canal déférent, la prostate et les vésicules séminales, on en constate aussi dans les poumons, les ganglions mésentériques, les vertèbres et dans l'extrémité spongieuse des os au niveau des articulations. Dans les pays équatoriaux, la diathèse tuberculeuse ne s'observe presque jamais ; le tubercule se

retrouve rarement dans un autre organe que le poumon.

Le cancer du testicule est loin d'être une lésion rare en Europe. A lui seul, il constitue la plus grande partie de ces tumeurs englobées jadis sous le nom de *sarcocèle*. Toutes les variétés de cancer se retrouvent dans le testicule : le squirrhe, l'encéphaloïde, le mélanique, l'épithélial. Aux Antilles, la dégénérescence cancéreuse atteint rarement les organes extérieurs de la génération chez l'homme.

Le phimosis et le paraphimosis sont deux lésions extrêmement communes chez l'Africain et surtout chez le coolie de l'Inde. Elles sont presque toujours accompagnées chez eux d'une balano-postite vénérienne ou d'une blennorrhagie. Le phimosis est, dans la pratique des hôpitaux aux colonies, une opération presque journalière.

L'hydrocèle enkystée du cordon se rencontre parfois chez des enfants de six à douze ans. L'influence d'un climat chaud ne me semble pas bien active dans l'étiologie de la varicocèle. Les varices sont de beaucoup plus communes en France qu'aux Antilles. Je n'y ai connu qu'un très-petit nombre de personnes affectées de varicocèle. L'hydrocèle, au contraire, est une des maladies qui s'offrent le plus souvent à l'examen du chirurgien. Elle est plus commune dans les terrains bas et marécageux des colonies que dans les terrains élevés et volcaniques. « L'hydrocèle, rapporte M. Rufz [1], est très-fréquente dans les lieux qui m'ont paru plus fréquemment favorables au développement de l'éléphantiasis des

[1] Note sur la fréquence et la diversité des maladies de la peau à la Martinique. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIV, p. 1051.)

Arabes. Dans la ville de Fort-de-France, dont une partie notable des habitants ont les grosses jambes, c'est-à-dire un premier degré d'éléphantiasis, les hydrocèles sont si fréquentes, qu'on peut dire que plus de la moitié des habitants en sont atteints. » Le blanc, le nègre et le mulâtre sont indifféremment affectés d'hydrocèle.

Qu'elle résulte d'une contusion des bourses ou qu'elle arrive sans cause appréciable, l'hématocèle s'observe isolément ou assez fréquemment avec l'hydrocèle, circonstance qui permet de regarder celle-ci comme une cause prédisposante de l'hématocèle de la tunique vaginale. C'est une affection qui n'emprunte du reste à la différence de climat aucun trait particulier. « Chose singulière, remarque M. le docteur Rufz, dans la note précédemment citée, bien que j'aie vu un grand nombre d'éléphantiasis de la jambe, je n'ai rencontré aucun cas d'éléphantiasis du scrotum ; je suis donc disposé à croire que cette forme de la maladie est assez rare à la Martinique. » Je ne puis que confirmer l'observation de mon savant confrère. Je n'ai vu qu'un seul cas d'éléphantiasis du scrotum pendant mon séjour à la Martinique, c'était chez un habitant de l'île hollandaise de Saint-Eustache.

Si la blennorrhagie est très-répandue aux Antilles, la syphilis ne m'a pas paru y être commune. C'est le même tableau qu'on observe ; seulement les apparences extérieures des manifestations cutanées sont un peu modifiées par la coloration foncée du derme chez les races tropicales. L'apparition des accidents secondaires et tertiaires m'a semblé se produire plus tôt. Les cas de pian qui m'ont été montrés m'ont toujours paru pouvoir être rapportés à des syphilides, à la plaque muqueuse

surtout. Je ne sais si, comme on le croit généralement, les influences climatériques viennent en aide au traitement qu'elles activent. En présence de syphilides rebelles que j'ai eu à soigner, je doute que cette action soit bien réelle.

Les vaginites et la leucorrhée sont des maladies fréquentes. Ordinairement la leucorrhée est symptomatique d'une lésion utérine; mais la leucorrhée essentielle est sans doute moins rare dans les climats chauds par suite de l'atonie des tissus, atonie qui prédispose à d'autres affections des organes génitaux chez la femme. On retrouve sans modification aucune les différentes maladies de l'utérus et de ses annexes. Toutefois leur degré de fréquence est moindre, ce qui tient surtout au petit nombre d'accidents qui accompagnent la parturition.

Les conditions de chaleur et de lumière, favorables au développement du corps, s'opposent au rachitis et aux manifestations strumeuses et tuberculeuses. De l'absence du rachitis découle une conséquence heureuse dans la pratique obstétricale. On n'a presque jamais affaire à des bassins viciés par déformation osseuse. Aussi les cas de dystocie proviennent presque toujours du fait de l'enfant, plus rarement du fait de la mère. Le cas le plus ordinaire est la présentation de l'épaule. L'inertie utérine, la rigidité du col, la résistance du périnée ralentissent également le travail. C'est à la rareté des complications pendant l'accouchement que doit être rapportée la rareté extrême, on peut dire l'absence des fistules vésico-vaginales. Elles sont dues, en très-grande majorité, à la pression exercée par la tête de l'enfant contre le pubis, dans les accouchements longs et difficiles, et aux inflam-

mations suppuratives ou gangréneuses consécutives de la cloison vésico-vaginale. Bien que quelques-unes des causes prédisposantes se retrouvent dans la pratique des accouchements aux Antilles, ces fistules néanmoins ne s'observent pas. Que, dans la race nègre, des femmes, par incurie, gardent leur infirmité sans s'adresser au médecin , c'est possible ; il n'en est pas moins vrai que c'est une infirmité si rare que je n'en ai pas vu un seul exemple et que je n'ai eu connaissance d'aucun fait de ce genre dans la pratique de mes confrères.

Les accidents graves qui suivent les couches, les affections puerpérales sont également rares. Cette bénignité n'est pas un privilége de race, mais provient des influences du climat, qui sont favorables à tous les genres de traumatisme. Aussi les femmes de toutes les races et de toutes les classes de la population négligent-elles sans inconvénient les précautions nécessitées par les climats froids et tempérés.

Les climats ont une influence réelle sur l'époque à laquelle la menstruation paraît pour la première fois ; mais leur action a sans doute été exagérée. Il est généralement admis que dans les climats chauds la menstruation est précoce. Au Bengale, d'après le docteur Goodeve [1], l'âge moyen de la première apparition des règles serait de douze ans et demi. Relativement à l'influence de la race, M. Roberton, cité par M. Courty [2], a signalé le fait de jeunes filles anglo-indiennes, originaires de parents anglais, qui, bien qu'elles soient nées et qu'elles vivent dans l'Inde, n'en sont pas moins réglées, en gé-

[1] Tilt. *On uterine and ovarian inflammation*, etc., London, 1862.

[2] *Traité pratique des maladies de l'utérus*, in-8°, 1866, p. 319.

néral, pour la première fois, à seize ans à peu près, par conséquent à un âge plus avancé que les jeunes Indiennes. Je ne possède pas de tableau statistique, mais je ne pense pas être très-loin de la vérité, en disant qu'aux Antilles, la menstruation s'établit généralement entre quatorze et quinze ans. Telle est aussi l'opinion de M. Levacher[1], qui dit que les jeunes filles sont nubiles aux colonies au même âge qu'en Europe et que, si quelques-unes ont paru l'être à neuf, dix et onze ans, ces observations ne peuvent être présentées comme générales. L'influence de la race serait donc peu marquée sur l'apparition de la menstruation. J'ai vu cette fonction ne s'établir chez des jeunes filles noires, blanches et mulâtresses qu'à dix-sept et dix-huit ans.

« La quantité de sang rendue chaque fois, suivant M. Courty[2], varie entre 120 et 240 grammes. Mais elle peut s'élever à 300, 350 et jusqu'à 500 grammes ; parfois elle se réduit à quelques gouttes, d'autres fois, elle constitue une véritable hémorrhagie. » Suivant Burdach, l'écoulement menstruel serait de 90 grammes dans les contrées du nord, de 150 à 180 grammes dans les contrées tempérées, de 360 grammes dans les contrées méridionales, et enfin de 600 grammes dans les contrées tropicales ; mais, ainsi que le remarque M. le docteur Fleming[3], ces derniers chiffres méritent peu de confiance, car personne n'ignore combien il est difficile d'apprécier la quantité de sang qui s'écoule par la menstruation. Quoi qu'il en soit, les femmes passent pour perdre plus à chaque époque dans les pays chauds que

[1] *Guide médical des Antilles*, Paris, 1847, in-8°, p. 26-30.
[2] *Loc. cit.*, p. 327.
[3] *De l'influence des climats chauds sur l'homme. Thèse de Paris*, 1851

dans les pays froids. Blumembach prétend même que la plupart des Européennes transportées en Guinée y périssent par suite d'hémorrhagies utérines.

Il m'a semblé que l'influence d'un climat chaud n'apporte chez les femmes de race différente aucune modification ni dans la durée ni dans la quantité du flux menstruel. Les Européennes ne sont pas plus atteintes de métrorrhagie que les créoles. De l'aveu de plusieurs, leurs règles n'étaient pas plus abondantes qu'en Europe. Aucune modification, ni pour la quantité, ni pour la durée, n'était résultée du changement de climat. Si la métrorrhagie n'est pas rare aux Antilles, elle l'est peut-être moins encore que la dysménorrhée et l'aménorrhée ordinairement liées à la chloro-anémie.

Dans les climats tempérés, la ménopause arrive, en général, de quarante à cinquante ans; dans les climats froids, elle se produit plus tard; dans les climats chauds, elle passe pour arriver vers trente-cinq ans. Ce dernier chiffre ne saurait représenter, pour les Antilles, l'âge où cesse la menstruation. J'y ai observé les grandes variations que présente cette époque, et connu des femmes encore réglées à cinquante ans passés; une, entre autres, l'était à soixante. Je crois que la ménopause y arrive, comme dans les pays tempérés, de quarante à cinquante ans. Telle était aussi l'opinion de Pugnet [1], qui observait à Sainte-Lucie. « C'est, dit-il, entre quarante et cinquante ans que la menstruation cesse chez les femmes... L'écoulement périodique des femmes, ajoute-t-il, est peu abondant, de courte durée et souffre de fréquentes interruptions. Elles sont cependant assez

[1] *Mémoire sur les fièvres du Levant et des Antilles*, in-8°, an XII (1804), p. 314.

fécondes et la stérilité n'y est, pour ainsi dire, pas connue. »

Les métrorrhagies symptomatiques d'altérations diverses de l'utérus s'observent assez fréquemment, surtout chez les femmes qui mènent une vie de débauche, ou qui ont eu des avortements ou des accouchements nombreux ou rapprochés. Souvent liées à la métrite chronique, affection commune des pays chauds, ces hémorrhagies dépendent, dans un assez grand nombre de cas, de fongosités utérines. La métrite puerpérale est rare ; il n'en est pas ainsi des métrites simple, granuleuse et ulcéreuse.

La maladie désignée ordinairement sous le nom de *prolapsus utérin* se rencontre chez des femmes âgées appartenant aux diverses races et aux diverses classes de la population. Des femmes jeunes encore, mais ayant eu des accouchements multipliés, quelques-unes livrées à de rudes travaux, souffrent de cette pénible infirmité. Ainsi que l'a démontré M. Huguier [1], c'est généralement une hypertrophie longitudinale de la portion susvaginale de l'organe, dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé, et que la tumeur, pendante entre les cuisses, ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal.

Chez une négresse d'une cinquantaine d'années, morte à l'hôpital civil de Saint-Pierre, la tumeur, grosse comme une tête de fœtus, sortait de l'orifice vulvaire et était difficilement réductible. La réduction ne pouvait être maintenue. A l'examen anatomique, le vagin hyper-

[1] *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*, etc., in-4°, Paris, 1860.

trophié formait un sac qui enveloppait la tumeur sans y adhérer, à l'exception de son insertion au museau de tanche qui était effacé, mais libre, et se reconnaissait à son orifice transversal. La forme de l'utérus était parfaitement conservée, bien que légèrement amplifiée. Sa cavité contenait un petit corps fibreux de la grosseur d'une aveline. Ses parois avaient subi un léger degré d'hypertrophie. Le col, bien dessiné, était très-allongé et très-augmenté d'épaisseur. Cette énorme tumeur était entièrement formée par l'hypertrophie de la portion susvaginale. La portion intravaginale ou museau de tanche s'était effacée dans la forme globuleuse de la tumeur. Celle-ci avait laissé indépendante la partie la plus élevée de la portion cervicale susvaginale, partie qui s'était seulement allongée en simulant grossièrement le pédoncule d'un énorme fruit.

La femme semble avoir un triste privilége à l'endroit du cancer. Aux Antilles il existe en effet pour les deux sexes une prédisposition bien inégale. Les deux formes qu'on y retrouve fréquemment sont le cancer de la mamelle et le cancer de l'utérus. Le cancer de l'estomac, celui du foie, celui du testicule et du pénis et les autres formes s'observent exceptionnellement. Pour le cancer utérin, nulle particularité à noter. C'est le même drame morbide revu sur un autre théâtre. Les affections de l'ovaire m'ont paru assez communes également. J'ai rencontré de nombreux cas de kystes ovariques uniloculaires et multiloculaires chez des femmes appartenant à des races différentes.

CHAPITRE VI.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.

La pathologie du système nerveux est moins riche aux Antilles qu'en Europe sous le rapport du nombre et de la diversité des lésions. Les modifications que le sang subit sous l'influence d'un climat brûlant retentissent sur l'élément nerveux et le mettent en jeu dans un très-grand nombre de circonstances. Dans l'ordre moral, peut-être est-ce à la prédominance de cet élément qu'il faut attribuer la mobilité du caractère créole, passant aisément de l'apathie et de l'indolence à l'exaltation et connaissant peu les tempéraments et la modération en toutes choses? Dans l'ordre physique, les impressions du système nerveux se traduisent avec plus ou moins de violence par toutes sortes de manifestations portant sur différents appareils. Ces névroses sont, pour la plupart, sous la dépendance de la chloro-anémie. Dans une région où la fièvre tient la tête de la pathologie, il n'est pas étonnant de la voir se traduire par des névralgies variées et souvent bizarres. Elle peut prendre ainsi tous les masques, mais toutes les névralgies ne sont pas des fièvres larvées. Beaucoup d'entre elles sont simplement dues à l'impression du froid.

Ainsi, j'ai soigné des paralysies faciales contractées à la suite d'une nuit passée en plein air ou sur un sol humide et froid. Les névralgies faciale, trifaciale, cervico-occipitale reconnaissent toujours le froid pour cause,

lorsqu'elles ne dépendent pas de l'élément palustre. Il en est de même du torticolis ou rhumatisme des muscles du cou, souvent lié à la névralgie cervico-occipitale, des névralgies dorso-intercostale, lombo-abdominale et sciatique, celle-ci plus fréquente que toutes les autres. J'ai rencontré quelques cas de dermalgie, de crânialgie, de névralgie multiple et erratique. Très-souvent ces névralgies sont intermittentes ou alternent avec des accidents fébriles, légers ou irréguliers, parfois la fièvre finit par les remplacer; quelquefois l'accès pernicieux les termine en emportant le malade. Que les névralgies soient périodiques ou non, il convient d'en commencer toujours le traitement par l'administration du sulfate de quinine.

Beaucoup de personnes souffrent de la migraine aux Antilles. La prédominance du sexe féminin est évidente et il n'est pas rare de constater cette névralgie chez des filles non pubères. Elle s'atténue généralement et tend à disparaître avec les progrès de l'âge; mais il est des vieillards qui en souffrent beaucoup. Le changement de climat n'a pas la même influence sur tous les sujets: favorable aux uns, sans effet sur les autres. J'ai rencontré les variétés différentes de la migraine, rarement celle qui consiste en des troubles de la vision tels que l'arc lumineux, l'obscurcissement de la vue avec dilatation pupillaire et qu'a si bien décrite M. Piorry sous les noms de *névropathie ommique*, d'*irisalgie*. J'ai essayé, à peu près sans résultat, de nombreux remèdes. Une médication qui inspire une grande confiance, c'est l'administration à jeun, continuée des semaines et même des mois, de quelques grains de sulfate de quinine (15 à 20 centigrammes), dans une infusion de café. Les personnes que j'ai soumises à ce traitement ont vu leurs

attaques diminuer de force et de fréquence. Au bout d'un certain temps, elles étaient prises d'une attaque si violente et si longue, que j'ai dû me demander si le bénéfice temporairement obtenu valait la peine de continuer cette médication.

Les maladies de l'encéphale et de ses enveloppes n'ont évidemment pas le même intérêt que dans les pays tempérés. La méningite simple, la méningite rachidienne ne s'observent presque jamais. L'enfance ne présente presque jamais de symptômes cérébraux qui puissent être rapportés aux tubercules cérébraux et à la méningite tuberculeuse. Cette dernière affection ne se voit pas davantage comme terminaison de la phthisie. Les symptômes cérébraux, chez l'adulte et chez l'enfant, se rapportent seulement à la fièvre pernicieuse.

L'influence des climats tropicaux est loin de prédisposer à la congestion et à l'apoplexie cérébrales. En Europe, c'est en hiver que leur plus grande fréquence s'observe. Les changements de saison, par les brusques variations de température qu'elles entraînent, contribuent à produire aussi des accidents congestifs. Les saisons, sensiblement les mêmes sous les tropiques, retentissent peu sur l'organisme chez le vieillard. L'état pléthorique y est très-exceptionnel. Les chaleurs, tempérées par des brises, n'occasionnent pas de gêne respiratoire, mais un mouvement fluxionnaire intense à la périphérie, se traduisant par une transpiration abondante. L'appauvrissement du sang expose moins d'ailleurs à ces raptus sanguins comme on en observe, dans les régions tempérées, sous l'action directe du soleil, dans les étés très-chauds. Dans les pays équatoriaux, l'insolation détermine des phénomènes cérébraux très-

graves, mais qui dépendent d'accès pernicieux. Les accidents cérébraux que j'ai rencontrés étaient des accès pernicieux, comateux ou apoplectiques, des congestions épileptiformes ou des vertiges dyspeptiques. J'ai fait quatre autopsies à la suite de morts subites qui, rapportées à tort à l'apoplexie cérébrale, avaient été causées par des lésions du cœur et des gros vaisseaux. Je ne veux pas dire que l'hémorrhagie cérébrale n'emporte, chaque année, quelques vieillards, mais c'est une affection peu fréquente, ce que démontre, d'ailleurs, le petit nombre des paralytiques aux Antilles.

L'encéphalo-méningite chronique qui amène la paralysie générale des aliénés est une affection dont j'ai été étonné de ne pas trouver un seul exemple à la maison des aliénés de Saint-Pierre Martinique. Ni dans la division des hommes dont j'étais chargé, ni dans la division des femmes, comprenant à elles deux un personnel de plus de cent malades, je n'ai observé, pendant cinq ans, aucun cas de paralysie générale. Je n'ai même pas rencontré un seul paralytique parmi ces malades. La monomanie ambitieuse, qui précède souvent les accidents de paralysie générale, n'en est pas moins une des formes les plus communes de la folie, et que j'ai observée aussi bien chez le blanc que chez le mulâtre, chez le nègre que chez l'Indien. Les cas de mort subite ou rapide survenus chez ces aliénés étaient causés par des lésions organiques du cœur démontrées par l'autopsie ou dus à des accès pernicieux.

La chorée, l'éclampsie, l'épilepsie, l'hystérie sont loin d'avoir entre elles aux Antilles le même degré de fréquence. La première n'emprunte aucune particularité au climat. A peine en voit-on quelques exemples chez

des adolescentes. Dans son travail sur la chorée, M. le docteur Rufz[1] fait observer que cette maladie, très-fréquente dans les régions septentrionales, est presque inconnue dans les climats très-chauds.

L'éclampsie des femmes enceintes ou en couches est une névrose assez rare, mais extrêmement grave d'après quelques cas que j'ai pu observer. L'éclampsie a provoqué l'accouchement prématuré et constamment a été mortelle, en dépit des purgatifs, des antispasmodiques, des saignées répétées et des inhalations de chloroforme employés suivant les cas. Les enfants qui ont survécu n'ont pas eu de phénomènes éclamptiques. Il est peut-être intéressant de noter que ces malades étaient des mulâtresses, des blanches et des négresses. L'éclampsie, chez les enfants, est liée aux troubles de la dentition, aux accidents de l'indigestion, à l'affection vermineuse et surtout à l'influence palustre.

L'hystérie est de tous les climats avec ses formes multiples dont quelques-unes appartiennent à la pathologie mentale. On a remarqué que le séjour des grandes villes est favorable à son développement, circonstance due à la vie agitée et à l'exaltation des passions dans un tel milieu. Dans un milieu plus calme, à la campagne, l'hystérie est moins fréquente. Aux Antilles, les grandes attaques d'hystérie sont plus communes que les accès non convulsifs, la boule et le clou hystériques, les crampes, les palpitations, la dysphagie et le météorisme. Chez les mulâtresses et les négresses, les passions fortement surexcitées, comme la colère et la jalousie, déterminent des attaques convulsives La simulation est aussi très-fréquente.

[1] *Recherches sur quelques points de l'histoire de la chorée chez les enfants. Archives générales de médecine*, 1834, t. IV, p. 215.

L'épilepsie, depuis le vertige et la congestion épileptiforme jusqu'à la grande attaque convulsive, se rencontre chez des sujets appartenant aux différentes races de la population. L'étude que j'ai pu faire à la maison des aliénés de Saint-Pierre m'a démontré que les traits de cette maladie ne sont nullement altérés par l'influence des climats chauds. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer l'ataxie locomotrice. J'ai rencontré deux cas de *paralysis agitans* : l'un chez une vieille mulâtresse, l'autre chez un homme de race blanche, dans la force de l'âge.

J'ai déjà indiqué la fréquence et la gravité extrêmes d'une autre névrose qui appartient surtout au domaine chirurgical. M. le docteur Levacher fait la remarque que le tétanos était autrefois beaucoup plus commun aux Antilles qu'aujourd'hui. On n'est encore que trop souvent appelé à l'observer. Le tétanos spontané est déterminé par la suppression brusque de la transpiration, par l'impression du froid et de l'humidité. Il se montre parfois à la suite d'une impression d'air après un bain tiède ; chez le nègre, c'est quelquefois après une nuit passée en plein air sur un sol humide. L'impression du froid occasionne fréquemment chez l'enfant nègre nouveau-né le trismus ou mal de mâchoires. Ce tétanos est sans doute traumatique, lorsque l'ombilic n'est pas encore cicatrisé. Le mal de mâchoires est aussi très-commun chez les petits nègres au Sénégal. « Le tétanos et l'hémorrhagie (effet de la négligence apportée à la ligature du cordon), sont, d'après Thévenot [1], les deux causes de la mortalité des nouveau-nés. On conçoit l'action du froid dans un pays brûlant pendant le jour, mais où le froid des nuits est

[1] *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, Paris, 1840, p. 132.

d'autant plus saisissant quand il frappe ces petits êtres qu'aucun vêtement ne protége. »

Ces influences ne pèsent pas sur l'homme seul. Aux Antilles, on voit mourir du tétanos des chevaux qui ont été attachés tout suants à l'ombre froide d'un arbre et dans un endroit exposé au vent. Bien plus souvent, le cheval contracte le tétanos à la suite d'une blessure au pied par un instrument piquant. Chez l'homme, presque toutes les plaies peuvent être suivies de tétanos. Il est des époques, indéterminées dans leur retour, où cette complication se montre plus spécialement. Il semble exister alors, en dehors de l'individu et indépendamment de sa blessure, quelque cause extérieure aggravante. Dans d'autres moments, des lésions analogues ou plus graves ne seront pas suivies de tétanos, tandis qu'aux périodes favorables à son développement, le traumatisme le plus léger va le déterminer. Il est, en effet, rare qu'on entende parler d'un cas isolé de tétanos. Plusieurs viennent se grouper au même moment pour former une série, et, parmi ces séries, on n'en compte jamais d'heureuses.

Les blessures qui exposent le plus à cette complication sont celles des membres, celles surtout qui intéressent les articulations, les doigts ou les orteils, les morsures, déchirures intéressant les tendons et les nerfs, les écrasements, les fractures comminutives, les plaies par instruments piquants. La plaie n'est qu'une circonstance prédisposante ; l'influence extérieure, froid ou humidité, agit comme cause déterminante. J'ai vu, chez une petite fille, une légère coupure de l'arcade sourcilière produite par une chute, déterminer un tétanos mortel. La petite plaie était presque cicatrisée, lorsque le trismus apparut

après une journée passée à la campagne dans un site aéré et très-humide. Il m'a semblé que les plaies de tête prédisposent au tétanos. A la suite d'une très-légère contusion à la tête, produite par la chute d'un caillou, j'ai observé chez un petit nègre des accidents tétaniques mortels.

A l'hôpital de Saint-Pierre, j'ai recueilli le fait suivant. Un nègre de soixante ans, d'une constitution athlétique, eut l'humérus droit fracturé à sa partie moyenne, par un petit baril plein d'eau qu'il avait posé sur sa tête et dont il avait voulu empêcher la chute en le retenant avec son bras élevé et plié en angle. Un appareil trop serré, mis en ville, avait déterminé la gangrène d'une bandelette de peau au niveau du pli du coude. Cette plaie était presque cicatrisée et un appareil peu serré maintenait la fracture, lorsque, après quinze jours passés à l'hôpital, trois semaines après l'accident, le malade fut pris d'un tétanos tonique auquel il succomba. A quelle cause attribuer ce tétanos ? à ce que le malade se promenait dans les salles et même au jardin par les temps calmes et beaux ? Quelle a été la cause prédisposante ? la plaie du pli du coude ou la lésion osseuse ? A l'autopsie, M. le docteur de Luppé constata une fracture en rave et un léger chevauchement des fragments immobilisés par une virole osseuse.

Ce sont les plaies du pied qui donnent lieu le plus souvent peut-être au tétanos, circonstance due au grand nombre de blessures qui intéressent cet organe par suite de l'habitude qu'a le peuple, aux Antilles, de marcher nu-pieds. Une cause rare de tétanos, particulière à certaines de ces îles, comme Sainte-Lucie et la Martinique, c'est la plaie envenimée produite par la piqûre du serpent (bothrops lancéolé).

C'est pendant les dix à quinze premiers jours que les blessés ont le plus à craindre le tétanos. Il peut, par exception, se développer quelques heures après la lésion. Tant que la plaie n'est pas entièrement cicatrisée, son apparition est à redouter. La vieille description d'Arétée, modèle de précision et d'élégance, est vraie de tous les temps comme sous tous les climats. J'ai observé le trismus, l'opisthotonos, le tétanos latéral, le tétanos tonique; je n'ai pas rencontré l'emprosthotonos. Nulle différence dans les symptômes qui se rapportent à la contraction musculaire ni dans les troubles fonctionnels qui se manifestent pendant le cours de la maladie ; tout était identique aux faits que j'avais vus à l'hôpital Necker dans le service de mon maître Lenoir. Rien de changé non plus dans la marche. Très-rarement le développement du tétanos est rapide et atteint de suite toute son intensité. Dans le plus grand nombre des cas, la durée de la maladie est de vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures, trois, quatre ou cinq jours; il est plus rare qu'elle dure huit jours et se prolonge au delà.

La terminaison a lieu de deux façons différentes. A la suite de convulsions violentes et réitérées, quelques tétaniques sont suffoqués dans une dernière crise. La mort résulte plutôt d'une lente asphyxie consécutive à la gêne apportée aux fonctions mécaniques de la respiration. La terminaison doit-elle être favorable, les symptômes diminuent graduellement, les contractions sont moins énergiques, et les crises, moins violentes, s'espacent davantage. Le retour à la santé est marqué quelquefois par des sueurs critiques.

La gravité du pronostic varie suivant que le tétanos est spontané ou traumatique. Le premier guérit le plus

ordinairement ; pour le second, la mortalité est la règle, la guérison, l'exception. Chez les nouveau-nés, le tétanos est presque toujours fatal. Le tétanos traumatique dont la marche est rapide est plus redoutable que celui qui procède avec lenteur. Il ne faut pas désespérer si, après une rémission, l'énergie des contractions se réveille. On peut croire à la guérison lorsqu'une semaine s'est passée sans que la gravité des accidents ait augmenté ; on peut surtout l'espérer à mesure qu'un plus grand nombre de jours s'écoule depuis le début de la maladie. La médication généralement employée aux Antilles consiste à provoquer des sueurs abondantes et à donner des préparations opiacées à hautes doses et longtemps continuées.

CHAPITRE VII.

MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

Le rhumatisme articulaire aigu n'est pas une maladie des pays chauds. Dans les pays tempérés, sa plus grande fréquence se montre dans les saisons froides et humides, et son minimum en août et septembre. Comme, d'après la belle loi trouvée par M. Bouillaud, l'inflammation des séreuses du cœur est liée à l'affection rhumatismale, la rareté de celle-ci dans les régions tropicales explique le peu de fréquence des lésions cardiaques consécutives à l'endocardite. Le petit nombre de faits que j'ai observés sur le blanc et sur le nègre n'offraient plus ce cachet particulier qui, à première vue, dans une salle d'hôpital, vous fait reconnaître un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu; rarement plus de deux articulations étaient prises à la fois. Les symptômes étaient aussi moins aigus; je n'ai constaté aucun trouble du côté du cœur. La médication que j'ai employée a consisté dans l'administration du sulfate de quinine à haute dose et dans des applications locales de chloroforme. Le rhumatisme articulaire chronique est encore plus rare. Déjà nous avons noté le peu de fréquence des affections inflammatoires dans la pathologie des pays chauds. Les deux grandes phlegmasies des régions froides et tempérées, la pneumonie et le rhumatisme aigu, n'y occupent qu'une place restreinte.

Le rhumatisme musculaire est fréquent, au contraire,

ce qui tient aux causes qui le produisent. C'est l'impression profonde du froid humide qui occasionne le rhumatisme articulaire aigu; la suppression de la transpiration par un air frais suffit pour déterminer le rhumatisme musculaire. Or, cette condition morbide se retrouve souvent; aussi rencontre-t-on le torticolis, la pleurodynie, la scapulodynie, le lumbago. Dans quelques circonstances, il n'est pas aisé de reconnaître tout d'abord, lorsque la douleur occupe la région cervicale postérieure, si le malade n'a qu'un simple torticolis ou un tétanos idiopathique commençant.

La goutte et les maladies calculeuses s'observent rarement aux Antilles. J'ai eu occasion de voir des manifestations de goutte, insupportables en France, cesser complétement pendant un séjour de deux à trois années aux colonies, pour reparaître en France. N'est-ce pas à l'abondante transpiration qu'il éprouvait que le malade, dont le genre de vie n'était pas changé, devait ce temps d'arrêt? La goutte n'affecte guère aux Antilles que des Européens et des créoles blancs. La race noire semble jouir d'une complète immunité, qui dépend sans doute moins d'une condition de race que du régime ordinairement peu animalisé du nègre.

La pathologie des articulations est pauvre sous ce climat. L'inflammation aiguë ou chronique, l'hydarthrose, la tumeur blanche, les luxations consécutives ou spontanées et les ankyloses, toutes ces affections qui se lient en se succédant, communes dans les zones froides ou tempérées, ne se rencontrent que rarement dans les régions intertropicales. C'est qu'en effet les causes externes étant seules à agir ne suffisent pas à provoquer ces lésions. Elles ne rencontrent que par

exception la prédisposition due à l'une des deux causes internes suivantes : le rhumatisme et les scrofules. L'affection articulaire qui s'observe le moins rarement est l'arthrite aiguë spontanée. Je l'ai vue affecter différentes articulations aux divers âges de la vie, chez le blanc, le nègre et le mulâtre. Si l'arthrocèle blennorrhagique s'observe encore, l'arthrite aiguë chez les nouvelles accouchées est presque inconnue. Chez les cultivateurs, livrés à de rudes travaux, je n'ai jamais rencontré l'inflammation chronique de l'épaule, du poignet, du coude, qu'il n'est pas très-rare de constater en France chez les ouvriers qui travaillent à la terre ou même chez les blanchisseuses.

On n'observe d'ordinaire les deux formes de l'arthrite, l'hydarthrose et la tumeur blanche, que sur des sujets débiles et rappelant les attributs du tempérament lymphatique. C'est sur des jeunes gens, blancs ou mulâtres, au teint pâle, à chair molle, que j'ai vu l'hydarthrose du genou. On ne trouve aux colonies que quelques rares enfants affectés de claudication. Celle-ci doit être ordinairement rapportée à cette variété de luxations dites *spontanées* ou *consécutives*, luxations complètes ou incomplètes, dues au déplacement des surfaces articulaires à la suite de tumeurs blanches anciennes et donnant lieu à l'ankylose consécutive. C'est à la coxalgie presque exclusivement qu'il faut attribuer les claudications survenues dans le jeune âge. J'ai observé aussi des cas de coxalgie chez l'adulte ; j'ai plus rarement constaté la tumeur blanche du genou ; je n'ai jamais vu les articulations du membre supérieur affectées d'hydarthrose ou de tumeur blanche. J'ai retrouvé la plupart des luxations que j'avais rencontrées dans les hôpitaux

de Paris et j'ai pu constater de nouveau le merveilleux secours que le chloroforme apporte dans la réduction de quelques grandes luxations, comme celle du fémur sur l'os iliaque.

Les fractures des os, très-fréquentes, s'observent à tous les âges, de vingt-cinq à soixante ans surtout, d'après Malgaigne, dans cette période de la vie qui comprend le plein exercice des forces de l'homme. L'influence des climats, qui ne peut rien changer à l'invariabilité de leurs caractères, apporte à peine quelques particularités à leur histoire. Certaines maladies générales ou locales, telles que le cancer, la syphilis, le scorbut, la scrofule, la goutte, le rachitisme et les hydatides, ne figurent presque jamais dans l'étiologie. De ces maladies, les unes sont modifiées par le climat, les autres n'existent pas. Il n'en est pas de même de cette friabilité des os qu'on pourrait appeler *idiopathique*, transmise héréditairement et donnant lieu à des fractures multiples sur les individus d'une même famille.

Cette fragilité osseuse héréditaire que j'ai rencontrée chez une famille blanche, M. le docteur Levacher l'a également constatée chez le nègre. « Sur une des habitations de Sainte-Lucie, dit-il [1], j'ai plusieurs fois examiné un nègre âgé de plus de soixante ans; ses os étaient déviés en tout sens, non par l'effet de ramollissements, mais par des fractures qui les avaient affectés, et qui les affectaient encore aux moindres contractions animées des muscles et aux moindres mouvements trop brusques de la locomotion. Son fils, âgé de dix ans, était presque aussi contrefait que lui. Cet enfant, d'un

[1] *Loc. cit.*, p. 336.

naturel fort gai, s'était fracturé plus d'une fois les membres inférieurs, en exprimant sa joie par des allures de danse.

« Dès que ces accidents leur survenaient, ils ficelaient eux-mêmes leurs membres à leur manière ; c'était là tout leur appareil, et, chose surprenante, ils étaient ordinairement guéris au bout d'une quinzaine de jours. Chez ces deux individus, les os longs, fracturés et réunis inexactement, présentaient un état complet de difformité, mais le rachis ne participait nullement à ces désordres. Ni l'un ni l'autre n'offraient aucune apparence de strumes ou d'engorgement du système lymphatique. »

Les complications des fractures, moins fréquentes, restent les mêmes dans les pays tropicaux. C'est la contraction spasmodique des muscles, c'est la contusion avec ses différents degrés, depuis la simple ecchymose jusqu'à l'attrition des parties molles ; c'est l'ouverture du foyer consécutive à la chute d'une eschare ou déterminée par l'issue des fragments ; c'est une plaie distincte du foyer ou qui communique avec lui ; c'est la fracture intéressant une articulation voisine ; toutes complications plus ou moins redoutables, exposant à des phlegmons et à la gangrène. Les irrigations continues combattent avantageusement quelquefois ces inflammations traumatiques. D'autres fois, la contusion ne laisse aucun espoir de conserver le membre : les os sont broyés, les parties molles déchirées ; il faut se décider à l'amputation immédiate.

D'autres complications ralentissent le travail de la consolidation ou mettent en péril la vie du blessé. Le défaut de consolidation, rare d'ailleurs, reconnaît une étiologie assez obscure où ne figurent plus, dans les régions torrides, la constitution lymphatique, les longues

et graves pyrexies, le cancer et le scorbut. Dans un cas que j'ai vu, le défaut de consolidation d'une fracture de l'humérus pouvait être rapporté à la grossesse. Dans une autre circonstance et pour la même fracture, la grossesse n'apporta ni trouble ni retard. Parmi les plus graves complications, il faut compter la présence d'esquilles en nombre variable dans le foyer de la fracture, l'hémorrhagie, les plaies de position dues à la pression prolongée sur les parties saillantes : le grand trochanter et le sacrum, dans les fractures qui exigent un long séjour au lit, inconvénients auxquels pare le matelas d'eau de M. Demarquay, dont l'emploi serait avantageux dans les pays chauds, où, par le fait de la température, le décubitus dorsal prolongé est si pénible. Le plus redoutable accident de ces fractures compliquées est le tétanos.

J'ai été appelé à réduire bien des fractures intéressant la plupart des os du squelette : tibia, os de la jambe, fémur, clavicule, radius, os de l'avant-bras, humérus, côtes, rotule, os du pied. A l'exception de la fracture des côtes et de la fracture de la clavicule pour laquelle j'ai employé le mouchoir de Major ; à l'exception aussi de la fracture du col du fémur où je n'ai prescrit que l'immobilité et la position, je n'ai eu recours contre les fractures précédentes et contre celle du poignet qu'à un seul mode de contention : l'appareil inamovible dextriné. Presque toujours, j'ai ajouté des attelles de carton à la bande roulée dextrinée que je laissais sécher (détail purement local) sur une large feuille de bananier. Des fractures de jambes, du corps du fémur, une fracture transversale de la rotule chez une femme de quarante-cinq ans, ont toutes guéri sans avoir été suivies de la plus légère claudication. La plupart du temps, l'application de l'ap-

pareil a été faite de suite. Quand il y avait une tuméfaction très-prononcée du membre, elle était différée de quelques jours. Dans les fractures compliquées de luxations et dans les luxations, je n'ai eu recours également qu'aux appareils inamovibles. Je dois avouer les motifs de ma préférence pour ces appareils dans les cas de fractures simples : l'économie du temps pour le chirurgien, et, pour les blessés, le peu de soins qu'ils apportent au maintien d'un appareil ordinaire.

« Parcourez les hôpitaux, vous trouverez en tout temps un nombre considérable d'affections des os où l'inflammation complique toujours la maladie principale. Ainsi, dans les plaies, les contusions des os, les fractures ; dans les caries, les tumeurs blanches, les périostoses, les exostoses, l'ostéosarcome, le spina ventosa, les tubercules des os, il y a toujours inflammation du tissu osseux. » Ce tableau tracé par Gerdy, pour montrer la grande fréquence de l'ostéite, ne conserve plus tous ses traits sous les climats chauds. L'ostéite et l'ostéomyélite y sont rares. Les maladies qui les produisent y sont exceptionnelles ou inconnues ; le vice scrofuleux et le scorbut sont rayés de l'étiologie et il n'y a plus comme cause générale que la syphilis. Restent les causes externes, comme toutes les violences, les écrasements, les fractures, les dénudations, les corps étrangers enfoncés dans le tissu osseux et les phlegmons qui, après avoir détruit le périoste, altèrent l'os mis à nu.

Dans les amputations de jambe, à la suite d'ulcères anciens et graves, j'ai rencontré l'ostéite et l'ostéomyélite. Le tissu osseux, boursouflé, montre, après l'ablation du périoste, les taches vasculaires qu'on observe dans la première période de l'inflammation du tissu compacte.

Après la section de l'os, dans l'amputation, la moelle vient s'épanouir à l'extérieur sous la forme d'un champignon rouge-brun, lie de vin, comme si, en augmentant de volume et de densité, elle était contenue avec peine dans le canal médullaire et faisait effort pour en sortir.

La carie, qui, dans sa marche, offre quelque chose qui la rapproche des phlegmasies ulcéreuses, n'est, suivant M. Nélaton, qu'une ostéite développée dans un tissu préalablement raréfié, ramolli, vascularisé, qu'une ostéite aiguë entée sur une ostéite chronique. Cette opinion rendrait compte de la fréquence de la carie à la suite des maladies chroniques des articulations. Dans les pays chauds, où la plupart des causes locales et générales de ces lésions chroniques font défaut, la rareté de ces dernières altérations expliquerait celle de la carie. On l'observe néanmoins quelquefois dans l'enfance et dans l'adolescence ; elle affecte de préférence les os courts des pieds et des mains et le tissu spongieux des extrémités articulaires.

Les causes internes qui produisent la nécrose sont des affections générales dont l'action lente porte sur le tissu osseux ou sur le périoste. Tels sont la syphilis, le scorbut, le rhumatisme articulaire et l'affection tuberculeuse. La syphilis agit sur le périoste, développe une périostite et, par le décollement de cette membrane, donne lieu à la nécrose des lames superficielles de l'os. Le scorbut agit d'abord sur les parties molles, puis sur le périoste et enfin sur l'os. Le rhumatisme altère les parties fibreuses extra-articulaires et consécutivement le tissu spongieux des os longs. A l'encontre de ces trois causes, qui procèdent du dehors au dedans, le tubercule attaque primitivement le tissu osseux et spécialement

l'extrémité des os longs et des os courts; il détermine la nécrose, tantôt par la prédominance de l'élément inorganique sur la partie médullaire de l'os et en favorisant l'éburnation de celui-ci ; tantôt en isolant de toutes parts un fragment spongieux.

Rappeler ainsi l'étiologie de la nécrose, n'est-ce pas dire que cette affection ne doit pas s'observer souvent dans la pratique chirurgicale des pays chauds? n'avons-nous pas vu la place restreinte qu'occupent dans le cadre nosologique les maladies qui la causent? Si rare qu'elle soit, la nécrose affecte spécialement les os longs et même la partie moyenne de ceux-ci, mais surtout, chez l'adulte, les os composés essentiellement de tissu spongieux et dont la position est sous-cutanée.

C'est à la syphilis qu'il faut rapporter les rares exostoses qu'on peut rencontrer dans les pays chauds. Elles siégent sur les os compactes et superficiels comme ceux du crâne, comme le sternum, la clavicule, le corps du radius et du cubitus, le tibia; elles sont épiphysaires aussi et elles sont précédées de douleurs plus vives la nuit que le jour et qui, d'abord étendues à toute la longueur de l'os affecté, finissent par se fixer sur le point où l'ostéocèle se développe. Ce n'est que sur des étrangers, des marins européens que j'ai constaté de ces exostoses syphilitiques. Je ne les ai pas vues chez le nègre.

En 1857 j'ai aidé M. Chapuis à enlever deux exostoses éburnées chez un mulâtre de quarante ans. Elles s'élevaient sur chacun des os malaires; celle de droite, plus volumineuse, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Ces ostéocèles remontaient obliquement en dedans, de façon à gêner de plus en plus l'exercice de la vision, circon-

stance qui détermina le malade à en réclamer l'ablation, car depuis dix ans qu'il les avait senties poindre, il n'en avait ressenti aucune douleur. Elles furent enlevées à un mois d'intervalle à l'aide de la scie et du ciseau. Le cautère actuel fut ensuite porté sur cette surface osseuse sculptée. La réunion eut lieu sans accidents, et cinq ans plus tard il n'y avait pas eu de récidive.

Les kystes des os, même ceux des os maxillaires, les diverses formes du cancer et les tubercules osseux sont des lésions exceptionnellement rencontrées dans la pratique des pays chauds et dont je n'ai pas vu d'exemples. Conséquences de l'affection tuberculeuse des os, de l'ostéite, de la carie et de la nécrose, les abcès par congestion ne s'observent presque jamais dans la pratique hospitalière aux Antilles. Presque toujours, dans le diagnostic difficile des tumeurs de l'aine, on peut éliminer les abcès migrateurs qui, descendant des portions dorsale et lombaire du rachis, viennent proéminer dans cette région. La place restreinte qu'ont dans la pathologie les affections du système osseux explique l'extrême rareté du mal vertébral de Pott aux Antilles. Je n'en connais aucune observation. Cette affection reconnaît en effet le plus souvent pour point de départ des tubercules vertébraux, plus rarement une véritable carie ou une ostéite, une nécrose et quelquefois la réunion de ces différentes altérations, si rares sous ce climat.

Dans toute la zone intertropicale, le rachitis ne s'observe pas. Les climats ont sur son développement une influence incontestable. « Les régions, remarque Jean-Louis Petit, ont beaucoup de part au vice des humeurs qui cause le rachitisme, puisque nous voyons qu'il

n'arrive particulièrement que dans le nord de la Flandre, la Hollande et l'Angleterre, et les pays où l'air est habituellement humide et froid. On le rencontre plus habituellement dans les grandes villes que dans les campagnes, où il est extrêmement rare. » L'absence du rachitis ne tient pas à la rareté de la constitution lymphatique dans les régions tropicales, puisque, ainsi que l'a démontré M. le docteur Rufz[1], le rachitis et la scrofule, loin d'être l'expression d'une même diathèse, s'excluent généralement l'un l'autre. Cette absence ne provient pas non plus d'une hygiène mieux entendue de la première enfance. L'alimentation insuffisante ou, pour mieux dire, non appropriée à l'âge de l'enfant, et dont M. Jules Guérin[2] a indiqué toute l'importance dans l'étiologie du rachitis, ne le détermine pas dans les pays chauds. La mauvaise alimentation, le défaut de soins hygiéniques, la misère, produisent d'autres accidents moins lents dans leur évolution et d'une gravité plus immédiate. Les conditions climatériques favorables au développement du rachitis ne se retrouvent plus et les conditions contraires sont permanentes : plus de froid humide, plus d'habitation dans des lieux bas et humides; partout et toujours des conditions de chaleur et une lumière éclatante favorable à l'évolution du corps.

De toutes les lésions qui affectent les membres inférieurs, l'ulcération est la plus commune, la plus constante, non-seulement aux Antilles, mais dans toute la zone tropicale. Elle s'établit spontanément ou par l'ac-

[1] *Recherches sur le rachitisme chez les enfants* (*Gazette médicale de Paris*, février 1834).

[2] *Mémoire sur les caractères généraux du rachitisme* (*Gazette médicale de Paris*, 1839).

tion d'une cause mécanique, même la plus légère, une contusion, une plaie, une coupure, une écorchure, une piqûre, causes locales qui mettent en jeu des influences générales qui vont retentir sur la marche de l'ulcère. Le phagédénisme est le caractère de l'ulcération chez les races tropicales et aussi chez les Européens qui, par le fait des circonstances, se trouvent ramenés aux conditions hygiéniques mauvaises de ces races. Aussi l'influence de race n'a-t-elle pas d'importance; l'influence des climats brûlants et les conditions d'une mauvaise hygiène, d'une alimentation peu réparatrice ou insuffisante, sont au contraire les causes actives et permanentes de l'ulcération. Les formes peu variées que présente l'ulcère peuvent, à un moment donné, sous l'empire des mauvaises conditions générales ou par suite d'écarts de régime, revêtir les caractères du phagédénisme.

Alors, tantôt l'ulcération gagne en surface et s'étend à une partie de la jambe qu'elle entoure complétement en détruisant la peau; tantôt elle détruit successivement l'enveloppe cutanée, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, et creuse jusqu'aux os. L'inflammation gangréneuse transforme la surface ulcéreuse en une pulpe ardoisée, noirâtre, et se complique parfois d'angioleucite avec adénite inguinale ou d'érysipèle qui s'étend à toute la jambe et même au membre inférieur tout entier.

Les ulcères affectent presque exclusivement le pied et le tiers inférieur de la jambe; il en est qui ont rongé le talon, détruit plusieurs orteils et qui se sont étendus sur le cou-de-pied. Ces ulcérations du pied sont quelquefois consécutives à la piqûre de la chique (*pulex penetrans*), qui s'introduit dans le derme pour y déposer ses œufs. L'habitude de marcher nu-pieds et nu-jambes

expose le nègre au contact des corps étrangers, à des traumatismes fréquents qui provoquent l'ulcération et la rupture de la plaque inodulaire qui avait succédé à celle-ci.

Les ulcères simples sont les plus fréquents de tous et affectent presque indifféremment les hommes et les femmes occupés des mêmes travaux agricoles et ayant les mêmes habitudes d'existence. Avec l'ancienneté de l'ulcère et les reprises successives de l'inflammation, la résolution est entravée, les tissus acquièrent et conservent un volume et une fermeté inaccoutumés et, bornées d'abord au pourtour de l'ulcération, les callosités envahissent de proche en proche et déterminent un engorgement général de la jambe. Ces ulcères calleux, dont la fréquence est grande, ne sont pas liés aux varices. Il n'est pas rare de rencontrer des ulcères sur des membres infiltrés, mais cette infiltration ne provient pas des varicosités veineuses. Les ulcères calleux sont plutôt liés à l'éléphantiasis des Arabes.

L'altération ne se borne pas toujours aux parties molles dans les cas de vieux ulcères. Le périoste s'enflamme et s'épaissit et l'os se boursoufle plutôt qu'il ne s'hypertrophie; sa diaphyse augmente de volume en diminuant de densité. Les lames superficielles du tibia sont quelquefois affectées de carie. Ces altérations osseuses, le gonflement éléphantiasique du membre, l'incurabilité de l'ulcère, la destruction étendue de la peau qui ne permet plus la formation d'un tissu de cicatrice résistant, l'abondance de la suppuration qui expose à des accidents putrides ou qui épuise l'organisme, les altérations étendues ou profondes du phagédénisme, toutes ces causes, prises individuellement ou associées, nécessitent souvent l'amputation de la jambe.

Les lésions que produisent les ulcères obligent presque toujours à amputer au tiers supérieur. Cette amputation est, sans contredit, à cause de la très-grande fréquence de l'ulcération, non-seulement la plus fréquente, mais une des opérations habituelles dans les hôpitaux civils des Antilles. La guérison est la règle, l'insuccès la minime exception pour l'amputation de jambe, quels que soient l'âge, le sexe et la race des sujets. Ce n'est pas que les ulcères soient généralement au-dessus des ressources de l'art. Loin de là, au contraire. Avec le repos et la position qui facilitent le dégorgement du membre, avec des applications locales diverses, substituées les unes aux autres, on voit guérir avec le temps des ulcères rebelles. Les indications du traitement sont d'ailleurs les mêmes qu'en Europe; seulement il faut donner plus d'importance aux moyens généraux. L'anémie, plus ou moins accusée, à un degré extrême très-souvent, chez tous ceux qui portent des ulcères, fait de la médication tonique une nécessité de premier ordre.

CHAPITRE VIII.

PLAIES ET PRODUCTIONS ACCIDENTELLES.

Sous le ciel des Antilles, les plaies d'opérations et les plaies accidentelles guérissent aisément, promptement et généralement sans complications. La plus redoutable complication, la seule presque, c'est le tétanos traumatique, plus rare dans les grands traumatismes et les graves opérations chirurgicales que dans les déchirures, les piqûres et les petites plaies intéressant les articulations. Les plaies par instruments piquants donnent souvent lieu au phlegmon simple; d'autres fois au phlegmon diffus, dont j'ai eu occasion d'observer plusieurs exemples chez le nègre. Le phlegmon diffus siégeait au membre supérieur et provenait de blessures de la main. La pourriture d'hôpital est une complication rare des plaies dont j'ai vu quelques cas à l'hôpital civil de Saint-Pierre. Les deux formes ulcéreuse et pulpeuse se rencontrent parfois sur des coolies de l'Inde, épuisés par la misère et des maladies antérieures, dans les infirmeries des sucreries, locaux qui laissent souvent à désirer au point de vue de l'hygiène.

L'infection purulente et l'érysipèle traumatique sont deux complications très-rares, bien que l'érysipèle spontané, celui du visage en particulier, soit une maladie fréquente. La gangrène consécutive à l'inflammation est une lésion rare, qui, dans les cas particuliers où elle se montre, reconnaît parfois une cause spéciale, comme

l'action du venin du serpent. La gangrène due à l'oblitération des vaisseaux s'offre quelquefois à l'observation. La forme humide et la forme sèche se rencontrent indifféremment. Je ne les ai trouvées que chez des individus débilités par l'âge et les privations. Aussi le nom de gangrène sénile était-il applicable aux cas que j'ai vus. Les accidents débutaient par le pied et gagnaient la jambe ; une seule fois, chez une vieille femme, de race blanche, des douleurs atroces se montrèrent à la main, qui se flétrit et se momifia.

Les rares complications des plaies aux Antilles, la guérison facile et presque constante des plaies accidentelles, le succès presque assuré de toutes les opérations chirurgicales, même les plus graves, ne sont pas des avantages attachés à des conditions de races, mais uniquement à des influences de climat. Ces influences ne sont pas spéciales à l'archipel des Antilles ; elles se retrouvent partout dans les climats chauds et brûlants. Sur les points différents de la zone intertropicale, elles s'exercent sur les hommes appartenant à toutes les races. Pour ne prendre que deux exemples parmi tous ceux que les observateurs ont cités, dans deux pays voisins et appartenant à la zone des climats chauds, Larrey [1] était surpris, en Égypte, de voir, sur les soldats français, les plaies des membres amputés cicatrisées avant le trentième jour, l'opération de la taille chez les adultes guérie en quinze jours, de grandes plaies pénétrantes de poitrine et d'autres aux extrémités avec perte de substance guérir promptement et sans accident, et le docteur A. Petit [2], dans son voyage en Abyssinie, s'étonnait

[1] *Relation chirurgicale de l'armée d'Orient*, Paris, 1803, in-8, p. 280.
[2] Lefevre, Petit, Quartin-Dillon. *Voyage en Abyssinie*, vol. Ier, note A.

de voir les mutilations les plus graves pratiquées sur des indigènes par le bourreau, la castration faite avec un sabre, la désarticulation de la main et celle du pied, sans conservation de lambeaux, se cicatriser complétement en dix-huit jours, presque sans pansement, sans fièvre traumatique ou autre complication.

Aux Antilles, le succès des opérations chirurgicales m'a paru dépendre bien plus encore du défaut de complications que de la rapidité de la cicatrisation. La cicatrisation par réunion immédiate est très-loin d'être la règle. Les réunions primitives que j'ai tentées n'ont pas réussi ou ne se sont maintenues que partiellement. La cicatrisation a lieu par réunion secondaire et la cicatrisation frappe plutôt par la constance de sa réussite que par sa rapidité.

Il est un genre de plaies d'une gravité extrême : ce sont les plaies par ophidiens venimeux. Elles ne s'observent que dans quelques-unes des Antilles, à Sainte-Lucie et à la Martinique, où vit le serpent fer-de-lance ou bothrops lancéolé, et à l'île de la Trinité, où se rencontrent d'autres espèces venimeuses, entre autres le serpent corail. Les plaies envenimées appartiennent surtout à la pathologie des pays chauds. Presque toutes les espèces venimeuses y habitent et y atteignent les plus grandes dimensions. Des trois plus redoutables, le naja se retrouve en Asie, dans l'Inde surtout ; il atteint de quatre à cinq pieds, mais il ne vient qu'au second rang, à cause de ses crochets de faible dimension, sillonnés au lieu d'être canaliculés. Le crotale, qui arrive à la même taille, habite la zone froide aussi bien que la zone chaude de l'Amérique. Le bothrops lancéolé, le plus dangereux des trois, atteint, à Sainte-Lucie et à la Marti-

nique, jusqu'à six pieds et demi, ne produit pas, comme le crotale, un bruit qui dénonce sa présence, et, comme ce dernier, il possède des crochets canaliculés mobiles, ayant jusqu'à onze lignes de longueur, chez les individus de grande taille. La longueur du crochet de la vipère d'Europe n'est que de trois lignes (sept millimètres).

Nous ne pouvons dans le cadre de ces notices faire entrer la longue étude des plaies envenimées. Nous n'en tracerons qu'une simple esquisse, nous attachant aux lésions locales bien plus qu'aux phénomènes généraux.

Dans ces sortes de plaies, la lésion mécanique est sans gravité. Celle-ci provient de l'action toxique du venin sur l'économie et sur les parties qui environnent la plaie. Sil est des constitutions individuelles réfractaires au virus, il n'en est point aux venins. Leur action est certaine, localisée ou généralisée, plus ou moins délétère, suivant une foule de circonstances dont une part appartient à l'animal inoculé et l'autre à l'animal venimeux. La gravité dépend du point lésé, de la multiplicité des plaies, de l'état de débilité du sujet, de sa sensibilité et de sa pusillanimité. Elle dépend encore de la violence de la morsure, de sa durée, de la brisure ou de l'arrachement de l'instrument vulnérant qui reste fixé dans la plaie, de l'irritation de l'animal qui réitère ses piqûres ou, sans lâcher prise, continue à contracter les muscles qui compriment la vésicule du venin, de la taille du reptile, de l'élévation de la température et de l'époque du rut.

Une douleur vive et subite résulte de la piqûre du bothrops. La lésion peut cependant passer inaperçue et ne se révéler que par l'enflure qu'elle produit, lorsqu'elle est faite par un petit serpent dont les crochets ont très-

peu de longueur et une extrême acuité. Elle peut aussi être attribuée à la morsure de la scolopendre, ou de l'araignée orange, variété tropicale du *Latrodectus malmignatus* [1], ou à la piqûre du scorpion. Les orifices de la piqûre se distinguent très-aisément quand c'est un serpent d'une certaine taille qui l'a faite. Ils ne sont pas sur la même ligne, ce qui tient à la position oblique de la tête du serpent, quand il s'élance pour frapper. Le nombre des orifices peut varier. Presque toujours il s'en rencontre deux. Il peut exceptionnellement ne s'en trouver qu'un seul, soit que la situation ou la forme de la partie n'ait permis qu'à un seul crochet de pénétrer, soit que le reptile n'en eût qu'un seul à son usage, l'autre étant brisé et la dent de rechange n'étant pas encore solidifiée, soit par quelque autre raison inconnue. Dans des circonstances encore plus exceptionnelles, une même plaie peut présenter trois pertuis correspondant à trois dents venimeuses. M. le docteur Levacher [2] a observé ces trois pertuis dans un cas rapidement mortel. La tête d'un individu mâle de l'espèce fer-de-lance, préparée par lui, offrait de chaque côté trois dents qui recevaient le venin plus ou moins directement. Quand il y a deux orifices, la distance qui les sépare est proportionnelle au volume du reptile : assez rapprochés lorsqu'il est de petite taille ; distants d'un pouce, de quinze lignes, quand c'est un gros serpent.

Le peu de longueur du crochet ne peut que très-exceptionnellement lui permettre de perforer les aponévroses des membres thoraciques et pelviens. La solution de

[1] *Etude sur l'araignée orange.* H.-C. Steenbergen, traduction de de Van Lier. (*Archives de médecine navale*, 1864, t. II, p. 566.)

[2] *Loc. cit.*, p. 345 et 347.

continuité qu'il produit retrace sa forme et sa courbure, courbure qui détermine quelquefois la brisure de cette dent friable, dans les efforts que fait le reptile pour se dégager. « Il n'importe guère, dit si justement M. le docteur Rufz[1], de savoir très-exactement à quelle profondeur le croc a pénétré. Il suffit qu'il ait pénétré assez pour inoculer le venin de l'animal. L'absorption en sera tout aussi prompte et tout aussi mortelle. Lorsqu'on examine un croc, on voit que le venin en sort par une petite fente longitudinale qui en occupe l'extrémité libre, c'est-à-dire environ la cinquième partie de sa longueur ; il suffit que cette cinquième partie du croc pénètre sous la peau, pour que tout le venin de l'animal y pénètre aussi. Ce n'est pas de la longueur du croc, mais de la nature du venin, que dépend la gravité de la blessure. Le serpent ne tue point physiquement par un coup de poignard, mais chimiquement avec du poison. »

Les effets généraux du poison se font sentir au bout d'un espace de temps qui peut varier de quelques secondes à une heure. C'est une sensation pénible ou même très-douloureuse à l'épigastre, suivie de nausées, de vomissements plus ou moins répétés et abondants. Cette douleur s'irradie parfois à l'ombilic et même à tout l'abdomen, dont le contact devient très-douloureux. Quelquefois d'abondantes selles bilieuses suivent les vomissements. La respiration devient anxieuse et se ralentit, comme les pulsations qui s'affaiblissent de plus en plus. Les urines, quelquefois augmentées tout d'abord, se suppriment; l'ictère apparaît. Les phénomènes nerveux dépendent de la susceptibilité du sujet. Ceux

[1] *Enquête sur le serpent de la Martinique*, 1859, in-8°, p. 67.

qui résultent de l'action toxique sont des spasmes, des étourdissements, des tintements d'oreille, des syncopes, des douleurs aux articulations, de la photophobie et même de l'aphonie. La piqûre du fer-de-lance s'accompagne souvent d'un coma qui va jusqu'à la mort. Dans celle du naja, un spasme du pharynx rend quelquefois la déglutition impossible. D'après Patrick Russel [1], on observerait aussi, dans la piqûre du naja, des mouvements convulsifs à la gorge, l'abolition de la vision et la perte de la sensibilité et du mouvement.

Dans la piqûre du bothrops lancéolé, les yeux sont le siége d'une injection qui peut se montrer également à la face; une teinte cyanosée se répand sur toute la surface cutanée. La calorification est profondément modifiée; les extrémités se refroidissent, la peau se couvre d'une sueur froide et visqueuse; le mourant se plaint d'avoir froid. On dirait les symptômes d'un accès de fièvre algide. Dans un certain nombre de cas, les manifestations générales sont si graves et si rapides qu'elles ne donnent pas le temps aux manifestations locales de la plaie de se produire. Mais, dans le plus grand nombre de cas, ce cortége d'accidents ne se développe pas. « Le gonflement, quoique considérable, écrit M. Rufz [2], se résout sous l'influence des moyens de traitement en peu de jours, sans laisser aucune trace de suppuration, et dès le quatrième ou cinquième jour, les nègres peuvent retourner au travail. Ce sont là les cas légers, heureusement assez ordinaires. Ces cas légers peuvent s'expliquer par la petitesse de l'animal, par le peu de venin introduit dans

[1] *An account of Indian serpents collected on the coast of Coromandel.* London, 1796, 2 vol. in-fol.

[2] *Loc. cit.*, p. 86.

la plaie, l'animal n'en ayant pas assez de sécrété, lorsqu'il fit la blessure. »

La sécrétion du venin suit la loi qui régit la sécrétion de toute glande et d'après laquelle les dépenses successives du fluide sécrété sont de moins en moins fortes et de moins en moins riches en principes actifs. Suivant une remarque de Réaumur, une abeille après avoir piqué cinq fois devient ensuite inoffensive. Bien que la parotide toxigène offre un produit de sécrétion presque identique avec la sécrétion salivaire, il existe certains caractères différentiels importants. « La sécrétion de la salive, observe M. le docteur Viaud-Grandmarais [1], est rapide et presque continue; la sécrétion du venin est, au contraire, assez lente. Cette lenteur de la sécrétion venimeuse explique pourquoi les blessures d'un serpent qui vient de mordre plusieurs fois de suite sont moins dangereuses que les premières et à la fin même inoffensives. » La léthalité des plaies par orphidiens venimeux diminue donc suivant l'ordre des piqûres. Cette condition explique que beaucoup de plaies guérissent avec ou malgré les pansements les plus irrationnels. Le peu de gravité provient sans doute de ce que le serpent, après avoir dépensé de son venin pour les besoins et les luttes de sa vie de chasse et de perpétuelle hostilité, n'en avait plus peut-être dans ses vésicules en quantité et de qualité nécessaires pour donner la mort. Il est rare que la mort soit le résultat de la morsure de la vipère d'Europe.

D'après Fontana, il faudrait 15 centigrammes de venin pour tuer un homme. Les vésicules d'une vipère

[1] *Du venin de la vipère.* (*Gazette des hôpitaux*, 1867, août, nos 92 et 93.)

en contiennent environ 10 centigrammes. Il faudrait à peu près vingt vipères pour tuer un bœuf, cinq ou six pour tuer un homme, vu qu'elles ne vident pas toute leur vésicule, même après avoir piqué plusieurs fois. Mais laissons parler Fontana [1] : « Je suis dans l'opinion que de cent hommes mordus, chacun par une seule vipère, une seule fois, il n'en mourra probablement aucun, quand même ils ne feraient aucun remède. Quand même il y aurait eu deux ou trois vipères, la maladie serait plus grave, mais elle ne serait probablement pas mortelle. Quand une vipère aurait mordu un homme six ou sept fois, quand elle aurait distillé dans ses morsures tout le venin de ses vésicules, on ne doit pas désespérer. La maladie sera grande, mais il n'y a point encore de certitude qu'elle doive être mortelle. »

Cette opinion est contredite par M. Viaud-Grandmarais. « Nous avons malheureusement démontré, dit-il, par de nombreux faits cliniques (*Etudes médicales sur les serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure*, Nantes, 1860), l'inanité de cette opinion toute théorique du savant physicien toscan, sans cependant que notre statistique puisse servir d'appui aux opinions des pessimistes. » Suivant MM. Viaud-Grandmarais et Moquin-Tandon, on peut évaluer à 7 centigrammes par crochet le venin que, par la pression de la glande, on peut faire rendre à une grosse vipère. En somme, une grosse vipère posséderait près de 15 centigrammes de poison. Ce chiffre dépasse celui de 10 centigrammes indiqué par Fontana ; les vipères, toutefois, lorsqu'elles

[1] *Traité sur le venin de la vipère, sur les poisons américains*, 1781, in-4°, 2 vol., t. II, p. 41 et 45.

frappent, ne perdent à chaque blessure qu'une partie de leur venin.

Il serait difficile d'être rassuré après une piqûre faite par un naja, un crotale ou un bothrops lancéolé. Une triste expérience assombrit le pronostic. Leur venin est peut-être, à quantité égale, plus délétère que celui de la vipère, et comme la quantité est proportionnelle au volume de l'individu, les plaies faites par ces serpents sont nécessairement plus redoutables. Leur taille atteint quatre et cinq pieds, celle du fer-de-lance jusqu'à sept, tandis que la vipère d'Europe ne dépasse pas deux pieds et demi. D'après Weir-Mitchell (*Researches upon the venom of the Rattle-snake*), les serpents à sonnettes de forte taille ont au moins 75 centigrammes de venin par crochet et en perdent trois ou quatre gouttes à chaque fois qu'ils s'élancent sur leur ennemi.

Le principe actif du venin des serpents est l'échidnine, plus dangereuse à dose égale que le venin, ainsi qu'il résulte des recherches du prince Lucien Bonaparte (*Gazetta toscana della scienzie medico-physice*, 1843). L'échidnine est-elle identique chez tous les ophidiens venimeux? Ce principe albumineux qui représente dans le venin la ptyaline de la salive normale, mais avec de tout autres réactions physiologiques, pourrait bien offrir des différences suivant les espèces venimeuses. Leurs venins n'ont pas d'ailleurs la même apparence. Celui du bothrops lancéolé est transparent; celui du naja est grisâtre; celui du crotale est émeraude pâle ou jaune très-clair. « Ce dernier, dit M. Viaud-Grand-marais, offre les plus grandes ressemblances avec le venin de la vipère; il a pareillement la consistance d'une solution de gomme; il ne possède ni odeur ni saveur. »

Certaines circonstances, comme le siége de la morsure, ont une grande influence sur le développement rapide ou funeste des accidents. Le gonflement énorme que détermine au cou la piqûre d'une vipère entraîne les troubles les plus graves par la gêne qu'apporte à la circulation cérébrale, aux fonctions des sens, à la déglutition, à la respiration, la compression des organes contenus dans la région cervicale. La gravité d'une plaie envenimée dépend encore de la vitalité de la partie, ou, en d'autres termes, de la richesse de sa trame vasculaire ; chaque veinule devenant alors un vaisseau absorbant. M. le docteur Guyon cite le cas d'une piqûre de bothrops à l'œil, blessure qui fut mortelle en moins d'un quart d'heure.

On comprend toute la gravité d'une plaie envenimée de la langue, dont la tuméfaction peut amener la mort par asphyxie. Il en existe un cas dans la science [1]. « Le 26 août 1824, un berger de Radonsk, près de Marienwerder, jouant avec une vipère, la prit par la tête qu'il introduisit dans sa bouche ; au même moment, il fut mordu dans la langue. Gonflement de la langue rapide et considérable au point d'empêcher la parole et de la faire sortir en partie hors de la bouche. Mort après deux heures. »

La piqûre d'une artère ne pourrait être, comme le fait observer M. Rufz, qu'une circonstance favorable, car la membrane élastique du vaisseau, en se rétractant, élargirait la solution de continuité, et presque tout le venin introduit serait immédiatement rejeté par l'hémorrhagie qui, de plus, laverait les bords de la plaie. Il existe à peine trois ou quatre artères un peu volumineuses que

[1] *Rust. Magazine*, t. XXI, p. 545. (*Archives générales de médecine*, t. XIII p., 271.)

le crochet du serpent puisse atteindre : ce sont l'occipitale, la branche frontale de la temporale, la maxillaire externe, et encore la configuration des surfaces sur lesquelles elles sont appliquées les met-elle presque à l'abri de toute atteinte dans le cas très-exceptionnel de piqûre à la tête. Les artères superficielles des membres sont situées sous l'aponévrose d'enveloppe que le crochet n'entame presque jamais. Je n'ai trouvé aucune observation où il fût question de la piqûre d'une artère.

La piqûre d'une veine, dont la position superficielle rend mieux compte de la lésion, est une circonstance éminemment défavorable. Le venin n'a plus besoin d'être absorbé ; toute la quantité injectée est immédiatement et rapidement portée avec le sang vers le cœur et de là promenée dans toute l'économie. Fontana fait remarquer que le venin de la vipère, introduit dans la jugulaire, fait périr en très-peu d'instants les animaux qui font le sujet de l'expérience. Dans une observation très-intéressante rapportée par M. le docteur Levacher [1], la mort fut très-rapide après une piqûre qui avait intéressé la saphène interne.

M. D..., homme dans toute la vigueur de l'âge, fut mordu, près de Castries (Sainte-Lucie), par une énorme vipère, à la jambe gauche et à la partie interne et supérieure de la malléole. La veine saphène interne avait été atteinte par une des dents du reptile. J'arrivai près de lui, trois quarts d'heure environ après l'accident, et j'eus la douleur de le trouver mort. Trois petites plaies en forme de piqûres existaient en dedans et à la partie inférieure de la jambe ; deux d'entre elles étaient plus rapprochées et la troisième était

[1] *Loc. cit.*, p. 348.

éloignée des deux autres d'environ un pouce. Ces petites plaies ne présentaient aucune trace d'inflammation; les parties voisines n'étaient pas même tuméfiées ; trois ecchymoses de peu d'étendue étaient seules apparentes : l'une se voyait sous la plante du pied, vers son rebord interne ; l'autre sur la saphène, au-dessus des morsures, et la troisième à la partie interne et supérieure de la cuisse, sur le trajet de la veine crurale. Tout le corps était froid, et c'est à peine s'il existait un reste de chaleur dans l'hypocondre gauche. Le ventre était peu tendu et presque à l'état normal. La poitrine, le cou, la face présentaient une coloration jaune clair.

Suivant M. le docteur Rufz, la piqûre des veines serait encore à redouter à cause des hémorrhagies consécutives à la décomposition du sang, comme celles qui ont lieu par les petites piqûres de la saignée dans la fièvre jaune.

Dans le plus grand nombre des cas, les premiers accidents sont locaux, et, pour toutes les espèces d'ophidiens venimeux, ils peuvent rester entièrement locaux en ne déterminant que quelques symptômes généraux peu marqués ou même en ne les produisant pas : circonstance qui explique le succès de tant de traitements contradictoires et irrationnels. Les membres inférieurs sont le siége ordinaire des piqûres, étant plus exposés que toute autre partie du corps aux atteintes du reptile. La partie mordue s'engourdit, devient insensible, se refroidit et se tuméfie. Cette tuméfaction se produit ordinairement après six ou dix minutes, et quelquefois une heure après la piqûre. Une coloration livide lui succède et s'étend ; il se forme même des phlyctènes, et de larges ecchymoses se montrent au voisinage de la plaie. Les ecchymoses semblent suivre le trajet des troncs veineux ;

l'infiltration sanguine se borne aux membres piqués et ne s'étend pas au reste du corps ; mais l'œdème augmente et s'étend de proche en proche.

A ces accidents locaux primitifs succèdent souvent des accidents de la plus haute gravité. Le sang noir et très-fluide infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané occupe quelquefois toute la longueur du membre. Le tissu cellulaire intermusculaire participe quelquefois à l'infiltration, ainsi que les muscles superficiels. Il résulte de ces altérations que très-souvent la suppuration ne se limite pas à un abcès, mais qu'elle envahit le membre infiltré et donne lieu au phlegmon diffus. La piqûre du serpent est sans doute, aux Antilles, la cause la plus fréquente du phlegmon diffus.

« Il faut avoir vu, dit le M. le docteur Blot [1], ces membres tuméfiés et couverts de placards violets pour s'en faire une idée ; on dirait qu'il se fait une énorme infiltration sanguine, semblable à celle qui résulterait d'une contusion violente. La suppuration s'établit en moins de deux ou trois jours ; la peau se décolle, et, si elle n'est convenablement incisée, tombe en gangrène. Alors des portions de tissu cellulaire se détachent avec une sanie roussâtre ; les tendons, les os sont mis à nu ; les articulations sont ouvertes ; le sphacèle s'empare des parties, principalement des doigts ; tout le membre, ainsi que je l'ai vu plusieurs fois, est disséqué vivant. La colliquation succède, et, si le malade ne succombe pas aux accidents de la résorption purulente ou de la gangrène, il faut amputer le membre. »

[1] *Dissertation sur la morsure de la vipère fer-de-lance.* (*Thèse*, Paris, 1823, in-4°.)

« Quand la mort, écrit M. Rufz [1], résulte des désordres produits par le phlegmon, elle a lieu de quinze jours à un mois après la piqûre. Chez les malades qui guérissent, il n'est pas rare qu'il reste des trajets fistuleux, des nécroses, des ulcères dont la guérison est interminable, ou des cicatrices et des déformations hideuses, ou des gonflements œdémateux éléphantiasiques. Il est peu d'hôpitaux d'habitation qui n'offrent un ou deux de ces invalides de la piqûre du serpent. »

Ces altérations graves et diverses expliquent que la piqûre du fer-de-lance soit une cause assez fréquente d'amputation. Chez un jeune Madérien, j'ai dû amputer le bras, parce qu'à la suite d'un phlegmon qui avait guéri, la gangrène et l'ulcération avaient détruit la peau de telle sorte qu'il n'en restait plus un lambeau à l'avant-bras. L'opéré guérit. Chez un Indien, pour arrêter une hémorrhagie qui depuis plusieurs jours reparaissait et qui avait déjà rendu le malade exsangue, je dus amputer l'avant-bras. Il n'y avait pas à songer à aller à la recherche de l'artère qui donnait le sang ; à la suite d'un phlegmon de la main, les parties étaient gangrenées et l'articulation du poignet était ouverte. A cause de l'extrême faiblesse du patient, l'opération fut faite sans chloroforme. La mort eut lieu dans la nuit.

La fluidité que le venin donne au sang persiste bien longtemps après la piqûre. Ce fait est mis en lumière dans deux observations rapportées dans son travail par M. Rufz. Dans l'une, à la suite d'une amputation de cuisse faite le neuvième jour après la piqûre, il survint trois jours après une hémorrhagie capillaire qui fut ar-

[1] *Loc. cit.*, p. 93.

rêtée avec l'eau de Brocchieri. Dans l'autre, il s'agit d'un jeune nègre qui, à la suite d'une gangrène de la jambe, subit l'amputation dans l'articulation fémoro-tibiale treize jours après avoir été mordu par un serpent. Cinq jours après survint, par la plaie de l'amputation, une hémorrhagie qui nécessita la ligature de la crurale au pli de l'aine. La mort arriva quinze heures après, et à l'autopsie il fut constaté que les ligatures n'avaient pas cédé. Les veines saphène et crurale et l'artère crurale n'offraient aucune trace d'inflammation ; l'artère contenait un petit caillot filiforme sans adhérence avec les parois.

On est étonné du nombre des ligatures qu'on est quelquefois obligé de faire dans les amputations consécutives à la piqûre du bothrops lancéolé. Je dus lier huit artères donnant du sang en jet chez le Madérien dont j'amputai le bras, vingt jours après la piqûre. Le sang n'a aucune plasticité; il ressemble à un liquide teinté en rose, à une solution de sirop de groseille. Il avait cet aspect chez un Africain amputé au tiers supérieur de la jambe, à l'hôpital de Saint-Pierre, par M. le docteur de Luppé. Cette amputation, nécessitée par une gangrène et des hémorrhagies, fut pratiquée quinze jours environ après la piqûre. Six ligatures furent appliquées. Cinq jours après, une abondante hémorrhagie se déclara. La plaie d'amputation fut ouverte et pansée avec des plumasseaux imbibés d'une solution de perchlorure de fer. Le lendemain, l'hémorrhagie récidiva. Il était impossible de découvrir le vaisseau ou les vaisseaux qui fournissaient le sang; celui-ci coulait en nappe et avec assez d'abondance pour mettre rapidement en péril les jours du malade. Après avoir essayé

en vain de trouver les vaisseaux, de réprimer l'hémorrhagie par le perchlorure de fer et par la compression de la crurale; après trois heures d'attente et de tentatives infructueuses, nous résolûmes, mon confrère et moi, de porter le cautère actuel jusqu'au fond de la plaie avant de recourir à la ligature de la fémorale. Nous craignions en la pratiquant d'ouvrir, comme il arrive chez les hémophiles, de nouvelles sources à l'hémorrhagie. Trois cautères olivaires furent successivement éteints dans la plaie avant que le sang ne s'arrêtât complétement. Du perchlorure de fer fut administré intérieurement en potion. La surface de la plaie qui présentait des points de gangrène se modifia, l'hémorrhagie ne reparut plus et le malade guérit.

Dans quelques circonstances, la gangrène, au lieu de s'étendre à la presque totalité d'un segment de membre, se limite au doigt mordu, même à une phalange, et c'est là toute la lésion que produit la piqûre. J'en ai vu deux cas chez des nègres; la perte du doigt était récente et due à la morsure de petits serpents. M. le docteur Rufz rapporte deux cas qui lui ont été communiqués. Suivant Everard Home [1], la perte du doigt s'observe aussi consécutivement à la gangrène qu'y détermine quelquefois la morsure du serpent à sonnettes.

Ce ne sont pas les seules infirmités qu'entraîne l'inoculation du venin. Parfois il semble agir spécialement sur l'encéphale et sur le système nerveux. L'amaurose peut se montrer et même presque subitement au moment de la piqûre du bothrops, ainsi que M. le docteur Blot en rapporte deux cas. Cette cécité se dissipe au bout

[1] *Philos. trans. of London,* 1810, part. I, p. 75.

d'un certain temps ou reste permanente. L'amaurose apparaît aussi après la morsure du naja. Dans une observation de Patrick Russel, il y eut perte de la faculté de voir et de sentir. M. le docteur Rufz rapporte un cas d'hémicrânie rebelle à tous les remèdes et qui finit par guérir avec le temps.

Un accident plus rare que la cécité est l'aphasie. « J'ai vu quatre fois, dit M. Rufz [1], de ces paralysies de la parole ; dans ces quatre cas, les symptômes locaux de la piqûre avaient été peu prononcés et la perte de la parole fut durable ; je n'en ai jamais vu la fin, quoique j'aie pu suivre les malades pendant plusieurs années. »

Dans deux de ces observations, le mutisme, survenu cinq et sept heures après la piqûre, était accompagnée d'une hémiplégie. J'ai précédemment montré le tétanos comme une complication possible des plaies envenimées. Chez un Indien, la mort fut déterminée par des accidents tétaniques survenus quelques jours après la piqûre.

Il n'est pas rare d'observer des hémiplégies avec conservation de la sensibilité à la suite des plaies envenimées. Les traitements les plus rationnels, des essais divers échouent toujours contre ces paralysies. A peine si, avec le temps, on obtient quelque amélioration qui permette au malade de marcher en traînant moins son membre paralysé. Tel est le long et lugubre tableau des lésions et des accidents que produit le venin des espèces les plus redoutables de serpents. Peu d'affections sont suivies de conséquences aussi graves et aussi multipliées. Ces accidents réclament l'intervention du médecin et

[1] *Loc. cit.*, p. 270.

celle du chirurgien par les désordres consécutifs qui nécessitent souvent de sérieuses opérations.

Le traitement rationnel des plaies envenimées est très-simple et consiste à prévenir les effets du venin et à les combattre lorsqu'ils sont déclarés. Le traitement qui doit remplir la première indication est tout local : il faut arrêter sur place l'absorption du venin. Si déjà elle a eu lieu, il faut, par une médication générale simple, relever les forces et combattre les symptômes qui se présentent.

Beaucoup de plaies envenimées doivent guérir, même sans traitement, circonstance qu'il est bon de se rappeler pour ne pas assombrir le pronostic, mais qui ne doit influencer en rien le traitement. Qu'on se souvienne au contraire que les effets du venin sur l'économie sont visibles cinq ou six minutes après la piqûre, et qu'on se hâte d'intervenir !

La première chose à faire est de placer une ligature assez serrée à un pouce au-dessus de la plaie lorsqu'elle intéresse un membre. Immédiatement la succion sera pratiquée pendant cinq minutes : opération sans danger si la personne qui s'y livre s'est préalablement rincé la bouche avec un liquide alcoolique et si la muqueuse buccale n'est entamée par aucune plaie. La ventouse ne remplace pas complétement la succion. Tout au plus retient-elle, pendant un certain temps de son action, une partie du venin au lieu de son application. Ce n'est cependant pas un moyen à rejeter; il peut rendre quelques services en attendant une intervention plus active. La ligature et la succion seront faites presque simultanément. Rien ne les précédera que l'examen rapide mais attentif de la plaie, pour reconnaître les pertuis creusés par les dents, retirer les fragments des crochets qui

pourraient s'y être brisés et pour juger, par la distance qui sépare les pertuis, du volume et de la longueur des crocs et de la taille du serpent.

Les plus longs crochets ne pénètrent guère au delà d'un demi-pouce, donnée qui guidera dans les scarifications et les cautérisations. Après la succion, il faudra inciser profondément chaque pertuis et, avec un cautère pointu chauffé à blanc, cautériser l'incision de façon à ce que l'eschare dépasse en profondeur le point touché par l'extrémité de la dent. Le cautère actuel a pour nous plusieurs avantages : la rapidité et la certitude de son action si facile à circonscrire au point qu'on veut désorganiser. Aussi lui donnerions-nous la préférence pour les plaies faites par les espèces de serpents les plus redoutables. Les acides concentrés, le chlorure d'antimoine, la potasse caustique, le caustique de Vienne, pourraient être employés à son défaut et suffisent dans les cas de morsure de vipère. Tel est le traitement local, dont la première condition de succès est la célérité.

Le malade sera tenu au lit dans une atmosphère attiédie. Il prendra quelques tasses d'une infusion aromatique ou quelques cuillerées d'une potion éthérée ou à l'acétate d'ammoniaque, ou bien un peu de vin de Madère ou de vin de quinquina. Les alcooliques pris à dose modérée semblent devoir être utiles ; ils ont pour eux, en quelque sorte, la sanction de l'expérience. Ils forment l'excipient de tous les remèdes aussi irrationnels que variés usités à la Martinique contre la piqûre du serpent, traitements dont M. Rufz a démontré l'inanité. Peut-être est-il utile de rappeler aussi que l'ammoniaque, contrairement à une opinion encore en crédit, n'a aucune action contre le venin du serpent.

Cette erreur, consacrée par les noms de Mead et de Bernard de Jussieu, repose sur une théorie démentie par l'expérimentation. Le venin, considéré à tort comme une substance acide, devait tuer les animaux en produisant la coagulation du sang. Dès lors l'ammoniaque devenait le spécifique contre ce même venin qu'il saturait. L'erreur a survécu aux expériences de Fontana qui démontrèrent que, loin de le neutraliser comme une base alcaline fait d'un acide, l'ammoniaque, uni au venin de la vipère, n'en altère nullement l'action. « Pour exclure le seul alcali volatil fluor d'entre les remèdes contre la morsure de la vipère d'Europe, il m'a fallu, dit-il [1], faire plus de six cents expériences. »

Nous ne saurions mieux terminer qu'en citant ces lignes de M. Rufz [2], dont les recherches ont jeté tant de jour sur l'histoire du bothrops lancéolé. « Enfin, quand il y a refroidissement général, sueurs collantes, syncopes répétées, que le tableau offre une grande ressemblance avec le dernier accès de ces fièvres pernicieuses si communes en ces climats, quelques personnes, témoins des bons effets du sulfate de quinine dans ces fièvres, pensent que ce sel doit être le remède de cette extrémité. Oui, sans doute, le sulfate de quinine et toutes les préparations de quinquina pourront être employées. »

Les autres affections dont nous aurons à traiter dans ce chapitre ne sont pas spéciales aux Antilles ; à peine si le climat exerce quelque influence sur l'évolution et les symptômes des productions accidentelles, telles que les lipomes, différents kystes et la maladie cancéreuse.

[1] *Loc. cit*, t. II, p. 44.
[2] *Loc. cit.*, p. 225.

Comme partout, le lipome est remarquable par sa fréquence ; il se rencontre chez des sujets de races diverses. Ses différentes variétés se retrouvent : tantôt il y a hypertrophie d'un ou de plusieurs pelotons graisseux unis par quelques lames celluleuses ; tantôt les pelotons graisseux sont disséminés ou lâchement unis, ce qui donne à la tumeur une forme irrégulière. Plus rarement ce sont des lipomes fibreux libres ou adhérents. Anatomiquement composés de graisse et de tissu conjonctif hypertrophié et transformé en tissu fibreux, les lipomes fibreux libres, situés entre les deux lames du *fascia superficialis*, semblent ne pas tenir aux parties voisines; les lipomes adhérents, attachés à la peau, sont formés aux dépens de la graisse enfermée dans les aréoles de la face profonde du derme. J'ai aidé M. le docteur Artières à enlever un lipome siégeant à la partie interne et supérieure de la cuisse chez une négresse. A l'examen anatomique, ce lipome fibreux libre, de la grosseur de la tête d'un fœtus, était constitué par des amas de graisse séparés par des cloisons fibreuses très-résistantes et criant sous le scalpel.

Les kystes dermoïdes sont communs, et leur siége de prédilection est la tête et surtout le crâne, parties très-riches en follicules sébacés. Les tannes se rencontrent souvent, surtout chez les mulâtresses. Leur siége n'est plus chez elles la face et le cou, mais les épaules et le dos, où elles se font remarquer en très-grand nombre par le point noir qui caractérise l'oblitération de l'ouverture de chaque follicule. Le nègre, dont la peau est comme lubrifiée par un enduit onctueux, n'est nullement sujet aux tannes ni aux diverses formes de l'acné. La pathologie des différents kystes n'offre d'intéressant à noter

que l'extrême rareté des kystes hydatiques. En fait d'hydatides, je n'ai jamais vu qu'une môle en grappe dont les vésicules rappelaient des grains de raisin d'inégale grosseur. Chez des femmes à constitution molle, j'ai quelquefois remarqué des hygromas à la face dorsale des articulations de la main. J'ai rencontré chez des vieilles femmes des hygromas du genou de la grosseur d'une pomme ou d'une orange.

Les maladies qui intéressent la peau, comme les verrues, le furoncle et l'anthrax, m'ont paru assez communes. J'ai eu à soigner plusieurs anthrax, siégeant la plupart à la nuque, de la grosseur d'un œuf ou d'une orange. Les malades ont guéri sans incision. Je suivais alors la pratique conseillée par M. Nélaton et abandonnée depuis. Quelques individus, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, sont tourmentés chaque année par une éruption furonculaire. A certaines époques, pendant les fortes chaleurs surtout, les furoncles prennent quelquefois la forme épidémique et atteignent une certaine partie de la population. La plupart du temps, ils se développent sous l'influence d'une disposition générale de l'économie. On les observe dans le cours de plus d'une maladie dont ils sont un épiphénomène ; le plus souvent, c'est à l'époque de la terminaison. Ces furoncles critiques se montrent à la fin de certains cas de fièvre jaune. Je les ai souvent notés dans l'ictère épidémique de la Martinique en 1858.

Le cancer est un tribut que l'humanité paye sous tous les climats. Seulement, dans les pays chauds, ses variétés paraissent moins nombreuses et sa fréquence semble diminuée. Son cercle d'action est plus restreint ; il s'attaque à bien moins d'organes. Il atteint rarement

les viscères. Aux Antilles on ne rencontre que très-accidentellement le cancer du foie et de l'estomac, presque jamais celui du testicule. Celui des os est aussi très-rare; celui de l'œil semble inconnu. Les deux organes le plus souvent affectés appartiennent à la femme : le cancer de l'utérus et celui de la mamelle ne sont nullement rares. Les deux formes les plus fréquentes sont l'encéphaloïde et le squirrhe, la première surtout.

Le squirrhe se retrouve avec ses dispositions variées et habituelles, sa structure rayonnée ou napiforme, ses formes irrégulières ou les longues bandes fibreuses résistantes qui, partant d'une tumeur bien circonscrite, traversent les tissus sains où elles disparaissent en se fondant dans le tissu cellulaire de la région. Le squirrhe atrophique se rencontre aussi. La marche diffère suivant la variété du cancer, beaucoup plus lente pour le squirrhe que pour l'encéphaloïde. La différence est même si marquée que certains cancers pourraient être divisés en aigus et en chroniques, deux termes extrêmes entre lesquels se placent une foule de nuances intermédiaires, quant à la durée. Dans la forme aiguë, deux ou trois mois suffisent à l'évolution complète de la maladie ; dans la forme chronique, le cancer peut rester stationnaire pendant des années. La marche du squirrhe est ordinairement régulièrement progressive dans sa lenteur. C'est surtout chez les vieillards qu'on remarque les exemples de cancer à marche chronique. L'encéphaloïde s'accroît généralement avec rapidité, et alors même que sa marche a été lente, dès que le ramollissement commence, il fait à partir de ce moment les plus rapides progrès. Ainsi qu'on le voit, les conditions de race et de climat ne modifient en rien le tableau.

Le cancer épithélial s'observe rarement, même à la lèvre inférieure. L'ostéosarcome du maxillaire inférieur est aussi rare que le cancroïde labial et que le cancer des autres parties du squelette. Deux fois j'ai rencontré le cancer de la langue : chez une dame de la Trinidad que j'ai perdue de vue, et chez un négociant de Saint-Pierre, opéré, par M. le docteur Chapuis, à l'aide de l'écraseur linéaire. Le cancer récidiva et entraîna la mort.

Les tissus squirrheux et encéphaloïdes ne s'excluent pas ; ils peuvent se trouver réunis dans une même tumeur à des degrés divers de développement. Certaines tumeurs complexes renferment ces deux tissus, de la matière tuberculeuse, de la mélanose, du tissu fibreux, fibro-cartilagineux, des concrétions, des kystes séreux ou remplis de substance gélatineuse. C'est une tumeur de ce genre, occupant la mamelle, que je vis enlever par M. le docteur Cornilliac chez une négresse de dix-huit ans. La masse en était énorme et contenait de l'encéphaloïde, du squirrhe, des foyers sanguins, du tubercule et des kystes séreux. Cette tumeur composée récidiva au bout de quelques mois et fut suivie de mort

La pathologie de la mamelle m'a semblé être aux Antilles absolument la même qu'en France. Aussi n'insisterai-je pas sur ce sujet. Les tumeurs adénoïdes du sein m'ont paru être moins fréquentes que les tumeurs squirrheuses et encéphaloïdes. Dans six amputations que j'ai pratiquées, sur une Européenne, sur des mulâtresses et des négresses, la récidive de l'encéphaloïde eut lieu rapidement, après un mois dans un cas, et pour les autres cas dans l'année même de l'opération. Je ne sais rien de plus sombre que le pronostic des affections cancéreuses du sein sous ce climat. Je ne connais aucun cas

d'amputation qui n'ait été suivi de récidive. Tous ceux qui sont venus à ma connaissance par l'obligeance de mes confrères, toutes les opérations que j'ai faites ou vu pratiquer ont eu le plus triste résultat.

CHAPITRE IX.

MALADIES DE L'APPAREIL DE LA VISION.

L'ophthalmologie offre aux Antilles un champ assez restreint. Elle participe aux influences qui, agissant sur la pathologie en général, y limitent et simplifient les maladies. Si l'action continue d'une température élevée et d'une éclatante lumière favorise peut-être certaines lésions, la rétinite, les troubles assez fréquents de l'accommodation, la cataracte et surtout le ptérygion, ces conditions climatériques effacent presque entièrement de la pathologie oculaire tout un ordre de maladies qui dépendent de la scrofule.

Les lésions des points et des conduits lacrymaux, même chez les vieillards, les maladies du sac lacrymal et du canal nasal ne se voient qu'exceptionnellement. Ce n'est que chez le vieillard, presque jamais chez l'enfant, qu'on observe l'inflammation du sac ou dacryocystite qui, coïncidant avec un obstacle au cours des larmes, forme le premier degré de la tumeur et de la fistule lacrymales. En Europe il n'est pas rare de rencontrer cette maladie chez les enfants et les jeunes gens mous, lymphatiques, scrofuleux, dont les narines et les lèvres sont déformées par des croûtes ou des ulcérations et dont la conjonctive et les paupières sont atteintes d'inflammation chronique. Aux Antilles, les scrofulides ne s'observent pas. Les causes prédisposantes de la tumeur lacrymale, comme étroitesse du canal nasal, exostoses

et tumeurs de ses parois, déviations de la cloison ou du cornet inférieur, présence de calculs, doivent naturellement se rencontrer, mais elles ne trouvent pas la lésion inflammatoire qui forme la partie essentielle de l'affection. Cette phlegmasie vient rarement s'ajouter aux causes mécaniques, parce que les causes extérieures, comme le froid humide, manquent ou sont peu agissantes, et parce que les constitutions individuelles, généralement sèches, sont peu prédisposées et présentent rarement les vices dartreux et scrofuleux qui sont propres à produire et à entretenir à l'état chronique l'inflammation de la muqueuse naso-palpébrale.

En ce qui concerne les maladies du globe oculaire, quelques points spéciaux devront seuls nous arrêter. Si les variétés que les inflammations oculo-palpébrales présentent dans les pays tempérés, relativement à leurs siéges, restent naturellement les mêmes, elles ne le sont plus relativement à leurs causes. Les causes agissent sur les différentes couches qui composent les paupières et sur les différents éléments qui constituent le globe oculaire. L'ophthalmie n'est plus dès lors qu'un reflet de la cause générale qui domine l'économie, qu'une manifestation locale de la goutte, du rhumatisme, de la scrofule ou de la syphilis. Le froid porte sur la conjonctive son action funeste aux membranes muqueuses; les tissus fibreux de l'œil sont atteints par le vice rhumatismal; le vice scrofuleux qui s'adresse au système absorbant et aux organes glandulaires détermine les phlegmasies opiniâtres de la cornée et des bords palpébraux garnis de petites glandes de structure différente.

Dans les régions tropicales, le peu de fréquence de la scrofule et du rhumatisme explique la rareté des phleg-

masies oculo-palpébrales qui en dépendent. De toutes les inflammations de l'œil, la catarrhale est la plus commune; elle se montre parfois aux Antilles à l'état de petite épidémie. Aucune circonstance n'a plus d'influence que l'action du froid. On voit se développer des ophthalmies graves et profondes chez des personnes exposées au refroidissement pendant la nuit, soit qu'elles aient couché sur le sol humide ou sur le pont d'un navire, soit que l'œil ait été frappé par un courant d'air.

La symptomatologie des phlegmasies oculaires est un peu modifiée. L'influence des causes spéciales n'est plus assez prononcée pour imprimer à la maladie un cachet parfaitement distinct. Aussi les symptômes de l'ophthalmie scrofuleuse sont-ils atténués lorsque celle-ci se rencontre par exception. Les formes des ophthalmies syphilitique et blennorrhagique sont autrement accusées. Les douleurs circum-orbitaires qui accompagnent certaines ophthalmies et qui s'irradient au front, à la tempe, au sommet de la tête, à la racine du nez et à la région sous-orbitaire sont de véritables douleurs névralgiques qui souvent empruntent quelque chose à la périodicité qui domine la pathologie tout entière aux Antilles.

En considérant à part les effets de l'inflammation dans les paupières et dans l'œil, ainsi que dans les diverses parties constituantes de chacun de ces organes, on voit que la blépharite est loin d'être une phlegmasie fréquente sous ce climat, que la blépharite muqueuse s'observe cependant sous les formes catarrhale, granuleuse et purulente, mais qu'elle est rarement isolée, presque toujours liée, au contraire, à une conjonctivite, à une kératite ou à une ophthalmie purulente. Outre la

blépharite muqueuse, on retrouve les blépharites ciliaire, phlegmoneuse et érysipélateuse. C'est seulement après l'érysipèle que j'ai trouvé les abcès des paupières succédant à la blépharite phlegmoneuse. Je n'en ai pas constaté dans l'épidémie de variole qui a régné à la Martinique en 1861. La blépharite ciliaire est moins sérieuse et moins fréquente que dans les régions tempérées et froides. Là elle coïncide avec la kératite chronique et constitue une des formes sous lesquelles se montre l'ophthalmie scrofuleuse. Je n'ai observé que deux ou trois fois cette réunion, chez des enfants d'origine blanche. On retrouve les deux formes ciliaire et glanduleuse de la blépharite, liées quelquefois au pityriasis du cuir chevelu.

La conjonctivite se montre aux Antilles à l'état de petite épidémie, vers la fin et au commencement de l'année, époque où, avec le retour des fraîcheurs, s'observent les angines, les coryzas et les bronchites. Rarement la conjonctivite passe à l'état chronique; elle est aussi rarement liée à la kératite, ou à l'iritis chronique, ou à quelque variété de la blépharite. La kératite est bien moins fréquente que la conjonctivite, ce qui s'explique très-bien, car si celle-ci reconnaît pour cause ordinaire les variations atmosphériques, celle-là est influencée particulièrement par le vice scrofuleux et la constitution lymphatique. C'est chez des enfants et des adultes rappelant ce tempérament, chez des coolies de l'Inde affaiblis par les privations que j'ai constaté la kératite aiguë. Les diverses espèces de kératite avec leurs lésions consécutives peuvent se rencontrer dans la pratique. Rarement la kératite existe seule; elle précède et produit la conjonctivite ou elle est déterminée par celle-ci. Aussi

la forme la moins rare à observer est la kérato-conjonctivite.

L'iritis aiguë ou chronique n'affecte que rarement l'enfance et l'âge adulte. Elle m'a paru liée, dans certains cas, à la diathèse syphilitique. Du reste, rien de changé dans la marche des symptômes, la gravité des lésions anatomiques, les altérations fonctionnelles, les déformations de la pupille, les douleurs circum-orbitaires qui, dans la seconde période de la forme aiguë, présentent des exacerbations dont le retour a particulièrement lieu le soir et la nuit. Dans l'iritis chronique, c'est toujours la même marche lente et les mêmes lésions : paresse et décoloration de l'iris, inégalités et adhérences du bord pupillaire et troubles profonds de la vue.

Le médecin est souvent appelé à soigner l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Il est facile, dans bien des cas, de faire la part des conditions étiologiques individuelles, comme la faiblesse de la constitution des enfants nés de parents exténués par la misère et les maladies chroniques. Il l'est beaucoup moins d'apprécier l'influence des causes extérieures. Les enfants que j'ai vus étaient âgés d'une semaine à un mois. Aucune autre maladie, ainsi qu'il arrive si souvent, n'accompagnait chez eux l'ophthalmie, ni l'entérite, ni le muguet, ni la pneumonie, ni la syphilis. Ce n'est que dans des circonstances assez rares que j'ai observé l'ophthalmie blennorrhagique. Je n'ai pas rencontré l'ophthalmie purulente profonde, qui se développe quelquefois à la suite de la variole et des fièvres graves.

« Les maladies des yeux, écrit M. Levacher[1], sont fort

[1] *Loc. cit.*, p. 158 et 159.

rares dans les colonies, à l'exception de la cataracte et du ptérygion... Les nègres, soumis constamment aux rayons du soleil, et les voyageurs, sont plus particulièrement affectés de ptérygion; je dirai même qu'il est généralement peu d'habitants des colonies dont les conjonctives puissent offrir la pureté de blancheur qui leur est naturelle dans les régions tempérées. » Cette excroissance, dont la base a une hauteur de quatre à cinq millimètres et plus, correspond presque toujours au côté interne de l'œil. Bien plus rarement elle en occupe le côté externe, la base étant tournée vers la région temporale. Ce n'est que très-exceptionnellement que l'on constate plusieurs ptérygions sur un même œil. Les deux yeux sont ordinairement affectés, mais ils ne se prennent pas en même temps et le ptérygion est toujours plus développé sur l'un des deux. Quelquefois la vascularisation est peu marquée et le tissu cellulo-fibreux prédomine (*pterygium tenue*). Plus souvent il y a prédominance de l'élément vasculaire et la tumeur a une couleur rouge semblable à celle des muscles (*pterygium crassum*). La lenteur extrême est le caractère du développemeut de cette tumeur qui, en s'avançant vers le centre de la cornée, tend à gêner de plus en plus la vision. Sa production n'est pas due à des inflammations prolongées ou répétées. Elle n'est jamais rapportée à cette cause par les maladies; elle se développe insensiblement. Le sexe féminin paraît jouir d'une certaine immunité qui tient seulement à des habitudes plus sédentaires. Le ptérygion reconnaît pour cause, d'après M. Levacher, l'insolation prolongée pendant longtemps et la réflexion éblouissante du soleil sur le littoral de la mer. Les habitants du littoral, marins caboteurs et pê-

cheurs, m'ont semblé bien plus sujets au ptérygion que ceux qui habitent l'intérieur des terres. Je n'ai jamais retiré aucun avantage des cautérisations faites avec le nitrate d'argent, même à une époque assez peu avancée de la maladie. Le seul remède consiste dans l'ablation, suivie d'une ou de plusieurs cautérisations au nitrate d'argent.

Il est assez fréquent de rencontrer aussi, aux Antilles, sur des personnes des deux sexes et de races diverses, ces petites tumeurs arrondies, jaunâtres, nommées *pinguecula*, amas partiels de graisse du volume d'un grain de millet ou de chènevis dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Aux Antilles, comme sous toutes les zones, la cataracte est une maladie de la vieillesse. C'est généralement après cinquante ans qu'elle se montre indistinctement sur les deux sexes. La part à attribuer dans sa production à l'insolation est difficile à établir, car les cultivateurs ne paraissent pas plus prédisposés que les individus exerçant d'autres professions, qui les exposent moins au soleil.

Les cataractes qui se rencontrent ordinairement sont la cristalline dure, la corticale ou cristalline molle et la cataracte laiteuse. J'ai constaté quelques-unes des formes insolites de la cataracte et, dans deux cas, avec l'opacité, le tremblement de l'iris et le mouvement continuel des yeux nommé *nystagmus*. La cataracte congéniale, habituellement molle et remarquable par sa teinte uniformément blanche, se remarque surtout sur des enfants nègres.

Je regrette que les ressources de l'ophthalmoscope me fassent défaut au sujet des lésions profondes de l'œil. Les études ophthalmoscopiques, en montrant la fré-

quence et le rôle des lésions de la choroïde dans la cécité amaurotique, en déterminant exactement le siége des altérations multiples de la rétine, en rectifiant les notions antérieures sur le glaucome, et en donnant de sa nature une idée plus nette et plus satisfaisante en l'attribuant à une irido-choroïdite avec hypersécrétion de liquide, ces recherches, en pénétrant plus avant dans l'intimité des phénomènes, ont enrichi l'oculistique d'une masse de faits, ont donné au diagnostic une exactitude anatomique et ont rendu la thérapeutique plus rationnelle. Nul doute que dans les régions tropicales ces études ne soient appelées à agrandir le domaine de la science en y ajoutant quelques nouveaux faits, quelque découverte intéressante. Les affections profondes de l'œil n'y sont point rares et le chaos de l'amaurose y est encore à débrouiller.

L'amblyopie est déterminée la plupart du temps par l'impression vive et soutenue de la lumière solaire réfléchie. Aussi le mal rétrocède-t-il souvent quand l'impression de la cause vient à cesser. Un voyage et un séjour dans des zones tempérées, aux Etats-Unis ou en Europe, suffisent parfois pour guérir l'amblyopie. L'amélioration se dessine même quelquefois dès les premiers jours de la traversée et augmente à mesure qu'on s'élève en latitude. J'ai noté l'amblyopie albuminurique dans un cas très-grave de maladie de Bright. J'ai constaté des troubles très-prononcés de la vision chez deux petites filles à la suite de l'angine diphthéritique qui avait déterminé également la paralysie du voile du palais. Il n'est pas très-rare d'observer la cécité complète chez des femmes et des enfants consécutivement à l'administration de doses très-élevées de sulfate de quinine dans les

fièvres pernicieuses. Une petite fille de trois ans que j'ai soignée avait perdu la vue, tandis que l'ouïe avait conservé toute sa finesse. La cécité déterminée par le sel quinique disparaît au bout de quelques jours sans laisser de trouble de la vision.

L'héméralopie, rare dans les pays septentrionaux, se montre endémiquement et quelquefois même à l'état épidémique dans les régions équatoriales. Je ne l'ai observée à la Martinique qu'à l'état sporadique. J'en ai rencontré d'assez nombreux exemples chez des coolies de l'Inde. Leur alimentation végétale, presque exclusivement composée de riz, les fatigues d'un voyage sur mer de trois mois et l'impression de la lumière ardente des tropiques pendant cette longue traversée, sont des causes dont la réunion tend à produire l'héméralopie chez ces immigrants indiens. Aussi, dans le traitement, les moyens hygiéniques ont-ils une large part. Tels sont le repos de l'organe malade dans une pièce obscure et les moyens généraux propres à relever les forces.

CHAPITRE X.

MALADIES DE LA PEAU.

Il semblerait que les maladies cutanées dussent être communes aux Antilles ; qu'échauffée par une atmosphère brûlante ou par l'action directe d'un soleil ardent, exaltée par une transpiration abondante, la peau dût être le siége d'une foule d'affections à caractères variables comme les colorations diverses qui distinguent les races blanche et noire et leurs dérivés, les races indienne et chinoise, dont les différents représentants forment la population des Antilles. Malgré la diversité des races, les dermatoses y sont moins fréquentes qu'en Europe. Le froid et les variations de température qu'amène la succession des saisons semblent être plus favorables à l'évolution de ces maladies que l'action continue d'une chaleur constante. La pathologie cutanée présente moins de formes et moins de complications aux Antilles ; comme les maladies internes, elle offre un cachet de simplicité bien marqué.

Nous suivrons à peu près la classification de Willan, comme se prêtant le mieux à l'étude comparée de ces lésions. Nous ne comprendrons pas dans l'ordre des exanthèmes l'érysipèle, la rougeole et la scarlatine, pas plus que nous ne rangerons la variole dans l'ordre des pustules : ce sont des maladies trop générales pour les faire tenir dans le cadre des maladies cutanées. Obligé, par la forme de ces notices, de m'attacher seulement aux

caractères graphiques de façon à présenter une sorte de flore dermatologique, je devrai laisser dans l'ombre un côté autrement important, la question de la nature même de l'espèce morbide. Je considérerai moins le côté pratique et médical des dermatoses que les caractères extérieurs qui les font rentrer dans l'histoire naturelle. Ce que nous avons répété au sujet du peu de fréquence de la scrofule dans les régions tropicales nous dispense de démontrer la rareté des manifestations cutanées que cette cause générale tient sous sa dépendance. Les variétés de la scrofule cutanée s'observent si accidentellement ou sont tellement modifiées par les influences climatériques, qu'elles sont méconnaissables et qu'on peut dire que les scrofulides sont un chapitre qui manque à la pathologie des pays tropicaux.

Il n'en est pas de même des différentes variétés de syphilides. Les syphilides pustuleuses, papuleuses, squammeuses, bulleuses, végétantes, tuberculeuses, exanthématiques se rencontrent dans la pratique moins fréquemment peut-être que dans les grands centres en Europe, mais avec des caractères nettement dessinés, modifiés seulement dans leur apparence extérieure par la coloration foncée des races tropicales. Il m'a semblé que l'influence du climat hâtait un peu l'évolution de la syphilis cutanée. Des observateurs recommandables décrivent le pian comme une espèce morbide en quelque sorte spéciale à la race noire. Mon expérience personnelle ne me permet pas de décider si le pian doit être ou non rayé de la pathologie des pays chauds à titre d'espèce morbide. Je dirai seulement que les cas qui m'ont été montrés m'ont paru devoir être rapportés aux syphilides, à la syphilide pustulo-crustacée en particulier.

Les affections dartreuses occupent la place la plus large dans la dermatologie des pays chauds. Leurs différentes espèces se retrouvent sur des individus appartenant aux différentes races, mais le degré de fréquence de ces espèces est très-inégal. Les unes sont très-répandues, les autres tout à fait exceptionnelles.

« Tous les tempéraments, écrit M. le professeur Hardy[1], peuvent offrir la diathèse dartreuse, mais les différentes formes de la maladie semblent affecter certains tempéraments spéciaux. Ainsi l'eczéma se montre de préférence chez les sujets lymphatiques, le lichen chez les sujets nerveux, le pityriasis se rencontre plus souvent chez les personnes bilieuses, tandis que le psoriasis semble avoir une prédilection pour le tempérament sanguin. »

Dans les pays chauds, le pityriasis, le prurigo, le lichen sont fréquents comme les tempéraments auxquels ils sont liés d'ordinaire ; le psoriasis est rare comme le tempérament sanguin, mais, quoique le tempérament lymphatique ne se rencontre qu'accidentellement, les variétés de l'eczéma sont assez communes. Quant aux maladies parasitaires (*gale*, *sycosis*, *herpès circiné*, *teigne pelade*), elles existent dans les régions tropicales comme dans les régions tempérées.

Exanthèmes. — L'érythème est une affection assez fréquente et qui doit souvent passer inaperçue, à cause de la couleur foncée de la peau dans les races tropicales. Les taches ne tranchent plus comme chez le blanc par leur teinte rouge ; c'est par une nuance plus claire et dont le ton varie suivant les dégradations des teintes de

[1] *Leçons sur les maladies de la peau*, Paris, 1860, in-8°, p. 28.

la peau comprises chez les individus de ces races entre deux points extrêmes, le noir et le blanc; c'est surtout par la saillie de l'éruption que le diagnostic s'établit. Combien d'érysipèles seraient méconnus chez le nègre, si l'empâtement, la chaleur et la teinte luisante de la région malade n'étaient pas rapportés aux symptômes généraux et à la fièvre alors en présence.

Deux variétés de l'érythème s'observent souvent; deux autres font défaut. L'érythème noueux, pour lequel le tempérament lymphatique est une cause prédisposante, accompagne avec l'érythème papuleux le rhumatisme articulaire. Le peu de fréquence du rhumatisme et du lymphatisme peut expliquer la rareté dans les pays chauds de ces deux variétés d'érythème, dont je n'ai pas rencontré d'exemple. Chez l'adulte, l'action directe de la chaleur solaire produit souvent le coup de soleil, érythème simple, de cause locale, mais qui peut être accompagné de symptômes généraux graves, même de phénomènes pernicieux nullement produits par l'érythème, mais dus à la cause qui l'a déterminé. Chez les enfants, l'érythème scarlatiniforme est souvent confondu aux colonies avec la scarlatine. Le peu d'intensité des phénomènes généraux, l'absence de symptômes du côté de l'isthme du gosier et le peu de durée de la maladie suffisent pour établir la distinction.

L'urticaire se présente aux Antilles sur toutes les races, à tous les âges, à toutes les époques de l'année et sous ses différentes formes. La forme intermittente ou fièvre ortiée réclame l'administration du sulfate de quinine; la forme chronique est très-rare; c'est la forme aiguë qu'on rencontre le plus souvent avec son étiologie variée. On constate également l'aptitude spéciale de cer-

taines personnes à contracter l'urticaire toujours dans les mêmes circonstances, après l'ingestion des mêmes aliments. L'*urticaria ab ingestis* est une des variétés les plus communes. Certains poissons toxicophores de la mer des Antilles produisent des phénomènes d'empoisonnement accompagnés d'éruptions ortiées. J'ai également vu une urticaire très-intense rapidement consécutive à une plaie envenimée du pied par piqûre de scolopendre. Il existait des accidents de congestion et de suffocation tels que je dus recourir à la saignée, qui n'était pas achevée que l'urticaire commençait à disparaître.

Vésicules. — A certaines époques de l'année, de juin à novembre, pendant les chaleurs accablantes de l'hivernage, on voit apparaître une éruption prurigineuse de très-petites vésicules, connues sous le nom de *boutons chauds*, de *bourbouilles* (*prickly-heat* des Anglais). Peu de personnes en sont exemptes; elle affecte de préférence les Européens. Elle est liée à la transpiration sans en dépendre nécessairement, car il est des personnes qui transpirent abondamment sans jamais avoir de bourbouilles.

Extrêmement incommode par le prurit qu'elle occasionne et qui s'exaspère aux heures les plus chaudes du jour, cette éruption amène chez les enfants et chez les personnes nerveuses un état d'éréthisme insupportable. Ces petites vésicules sont réunies par groupes sur les parties internes des avant-bras, sous les aisselles, autour des poignets, sur les épaules, autour du cou, derrière le dos, au devant de la poitrine, sur l'épigastre et les hypocondres. Leur apparition est précédée d'une rougeur érythémateuse sur laquelle elles tranchent par leurs élevures qui donnent à la main une sensation rude.

Cette efflorescence dure plusieurs semaines et peut récidiver plusieurs fois dans la même saison. Elle disparaît avec le retour des fraîcheurs, sans inconvénient pour la santé générale.

Quand elle s'efface, les vésicules en se séchant se détachent en une foule de petites écailles blanches qui laissent la peau épaissie et rugueuse pendant quelques jours. Des boissons fraîches et acidules et des bains frais aident à attendre l'époque où cette éruption doit disparaître. C'est la seule forme que la miliaire présente aux Antilles. Il est extrêmement rare de rencontrer des sudamina comme on en observe dans les pays tempérés dans les exanthèmes fébriles, le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, la phthisie. On les constate exceptionnellement dans la fièvre jaune et dans les fièvres palustres pseudo-continues. La suette miliaire ne semble pas appartenir à la pathologie des pays chauds.

L'eczéma est sans doute la dermatose la plus commune dans ces régions. J'ai pu observer sur des individus de races différentes les variétés simplex, rubrum, l'eczéma fendillé et l'eczéma impétigo. Les variétés suivant le siége, telles que les eczémas des mains et des pieds, celui des parties génitales, celui de l'ombilic, l'eczéma des seins, l'eczéma bilatéral du nez et celui de l'oreille, ne sont pas rares dans la pratique, non plus que l'impétigo granulata et l'impétigo larvalis siégeant au cuir chevelu chez les enfants du premier âge. Toutefois les gourmes ou croûtes de lait sont bien moins communes qu'en France. L'eczéma ne m'a pas semblé modifié par l'influence du climat. Les conditions d'hérédité se retrouvent souvent. La coloration de la peau du nègre rend

parfois assez difficile le diagnostic différentiel de certaines variétés.

L'herpès labialis, l'herpès preputialis, l'herpès zoster, n'offrent aucune particularité à noter. Le zona est quelquefois suivi de douleurs névralgiques rebelles ; et, commun chez l'adulte, il est plus fréquent chez le vieillard.

Bulles. — Le pemphigus est une maladie assez rare aux Antilles, où l'on n'observe guère que la forme chronique. Celui des nouveau-nés est très-rare, surtout le pemphigus des pieds et des mains, expression ordinaire de la diathèse syphilitique. J'ai observé en même temps, sur les deux frères, enfants de race blanche, d'une belle constitution, âgés de deux et de quatre ans, de très-nombreuses bulles de pemphigus du volume d'un gros pois et plus, répandues sur tout le corps. Cette éruption, accompagnée de phénomènes généraux, tels que céphalalgie, anorexie, fièvre intense, et qui rappelait le pemphigus aigu des adultes, guérit en trois septénaires.

J'ai déjà, en traitant de la diarrhée chronique, parlé de cette forme spéciale de pemphigus, si grave, non par elle-même, mais par les conditions générales auxquelles elle est liée. Chez des cachectiques, à la face dorsale des pieds, simultanément ou alternativement, l'épiderme se soulève en une bulle énorme qui se remplit d'une sérosité trouble, crève et laisse à nu une surface rouge, fendillée, qui se sèche et guérit en une dizaine de jours. Ce pemphigus cachecticum annonce presque toujours une terminaison prochaine.

Pustules. — L'ecthyma aigu et l'ecthyma chronique s'observent assez fréquemment. La dernière forme, qui peut durer des mois et des années, se développe au mi-

lieu de mauvaises conditions hygiéniques, chez des cachectiques et surtout chez des sujets affectés de diarrhée chronique. L'ecthyma simple aigu reconnaît comme une cause fréquente l'excitation de la peau par des substances irritantes et notamment par la présence de l'acarus de la gale. Aux Antilles, l'ecthyma a une cause spéciale : l'irritation de la peau par un ciron rutilant connu sous le nom de *bête rouge* et qui infeste les campagnes et les savanes. Les pustules que détermine cet insecte en se logeant dans le derme peuvent s'élever sur tout le corps, derrière les oreilles, au scrotum, mais c'est aux jambes particulièrement que se montre l'éruption désignée aux colonies sous le nom de *feux-sauvages*.

Quand cette éruption occupe les jambes, elle peut condamner le malade à un repos de plusieurs semaines. Les feux-sauvages se rencontrent souvent avec des papules de strophulus. Ils commencent même parfois par des papules ordinairement rouges, entremêlées çà et là de petites taches érythémateuses (*strophulus intertinctus*), auxquelles succèdent de larges pustules phlyzaciées. Le petit ulcère, souvent de la largeur d'une pièce d'un franc, qui se voit après la chute de la croûte, présente des bords arrondis, un fond grisâtre, recouvert d'une pellicule chagrinée, et est entouré d'un cercle noirâtre qui tranche sur le fond érythémateux environnant.

L'acné indurée, l'acné rosacée et l'acné hypertrophique s'observent dans la pratique médicale aux colonies ; la forme la plus commune est l'acné simplex, juvenilis, que les jeunes sujets, blancs ou mulâtres, offrent à l'époque de la puberté On peut dire que l'acné est très-rare chez le nègre. Il semblerait que le nègre, dont

les follicules sébacés paraissent plus développés et dont la peau est comme lubrifiée par une sécrétion onctueuse, dût être sujet à l'acné sébacée; mais, comme les autres variétés, celle-ci est à peu près inconnue à la race noire.

Papules. — Le lichen et le prurigo sont des maladies de la peau très-communes aux Antilles. A l'époque des plus fortes chaleurs, le prurigo règne parfois sous forme de petite épidémie. Je l'ai vu sur les races diverses de la population, à tous les âges de la vie, en dehors des conditions de misère et de débilité, chez l'adulte principalement. Les variétés les plus communes sont les prurigo mitis et formicans, dont les papules occupent la partie supérieure du tronc et la face externe des membres. Sur ces parties, au cou, à la figure même, le prurigo se montre parfois avec des papules plus grosses ayant la coloration normale de la peau. Le prurigo est alors lié au strophulus. Le lichen simple, le lichen circonscrit et le lichen agrius sont les seules variétés de lichen que j'ai rencontrées. Le lichen et le prurigo sont souvent aux colonies rapportées à tort à la gale et confondues par le peuple sous le nom de *grattelle.*

Squammes.—Le psoriasis dans les pays chauds est une maladie accidentelle. Je n'ai jamais vu les variétés guttata et gyrata et je n'ai observé qu'un seul cas de psoriasis inveterata, chez une jeune négresse. Depuis les pieds jusqu'à la tête, elle était dans un véritable étui squammeux; la peau fournissait une desquamation farineuse incessante; fendillée en tous sens, elle donnait à la main la sensation d'un corps dur, raboteux et inégal. Des frictions quotidiennes d'huile de cade (une partie sur deux d'huile d'olive) firent cesser la desquamation au bout d'un mois. La peau redevint partout lisse et

polie et, après une année, la guérison se maintenait.

Deux fois seulement j'ai rencontré le psoriasis circiné ou lèpre vulgaire. Chez une jeune femme blanche, d'origine danoise et habitant la Trinidad depuis plusieurs années, le psoriasis siégeait à l'articulation du pied et au genou sous la forme de plaques arrondies, élevées sur les bords et déprimées au centre. De ces plaques, les unes étaient parfaitement circulaires; les autres orbiculaires étaient rompues et ne présentaient plus que des segments de cercle interrompus par une surface rougeâtre.

Le second cas, que j'ai également perdu de vue, fut observé chez une petite fille blanche de huit ans née à la Trinidad et amenée à la Martinique vers l'âge de deux ans. Le psoriasis circiné, de date déjà ancienne, avait envahi les épaules, le dos, la poitrine, la face et le front et se retrouvait aux pieds, aux jambes et aux genoux. Les plaques s'étaient agglomérées et confondues, mais on distinguait encore des moitiés, des quarts de cercle et, sur certains points du corps, rappelant la forme première de l'éruption, quelques plaques nouvelles en voie de formation. Cette enfant présentait en outre de la faiblesse dans les deux jambes et des mouvements convulsifs dans l'une.

Le seul cas d'ichthyose qui se soit offert à mon observation appartenait à la variété dite *cornée* et siégeait, chez une négresse d'une trentaine d'années, à la face externe des bras.

Si la rareté du tempérament sanguin peut, jusqu'à un certain point, rendre compte de la grande rareté du psoriasis aux Antilles, la prédominance du tempérament bilieux peut y expliquer la fréquence du pityriasis chez

la race blanche. Les variétés rubra et pityriasis capitis surtout sont communes. Je ne me rappelle pas avoir constaté le pityriasis chez le nègre.

Tubercules. Difformités. — J'ai rencontré un cas de molluscum non contagieux chez une jeune mulâtresse à peau claire. Les tubercules occupaient le cou et la poitrine en grande quantité. Leur volume variait depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette. Indolents à la pression, ils paraissaient formés d'une substance dense, fibreuse et ne tranchant pas sur la coloration générale de la peau.

La kéloïde, si rare en Europe, est remarquable par sa fréquence et son développement, chez la race noire, sur toutes les parties du corps, où elle affecte les formes les plus variées. Chez un individu prédisposé, toute violence extérieure détermine la kéloïde ; l'impression de l'objet agissant se reproduit en relief plus tard. La main peut à volonté déterminer la forme de la tumeur ; c'est ainsi que chez le nègre de la côte de Guinée les lignes et les dessins du tatouage sont reproduits en saillie.

Avec ces kéloïdes s'observent souvent les tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille, dont les exemples, tout à fait exceptionnels en Europe, sont très-communs aux Antilles. J'y ai souvent rencontré ces tumeurs et j'en ai pratiqué cinq ou six fois l'ablation. Le climat ne semble pas exercer d'influence sur leur production. La race blanche en est à peu près exempte, la race noire y est singulièrement prédisposée. Je ne les ai vues que sur des femmes adultes, sur des mulâtresses à peau foncée et surtout sur des négresses. Presque toujours on peut les attribuer à la même cause, à l'irritation produite par d'énormes et lourdes boucles d'oreilles qui tiraillent et

fendent même le lobule. L'évolution de ces tumeurs est très-lente, elles mettent des mois, souvent des années à acquérir le volume d'un œuf de pigeon. Leur coloration ne diffère de la nuance noire de la peau que par une teinte plus claire et un aspect lustré. Souvent plusieurs de ces tumeurs réunies sans pédicules, les unes grosses comme un grain d'orge, les autres comme une noix, forment des pendeloques qui ont deux ou trois pouces de longueur. Ces tumeurs, dures, solides, sont réunies à la peau par un collet parfois excorié et suintant. Elles se rencontrent souvent chez des femmes de la plus belle constitution ; elles sont constamment indolentes et ne constituent qu'une difformité choquante ou une incommodité.

Les tumeurs fibreuses du lobule sont composées de fibres d'un blanc nacré, criant sous le scalpel. Leur ablation donne lieu à une hémorrhagie qu'il faut quelquefois réprimer et parfois à des hémorrhagies consécutives qu'il faut surveiller. J'ai toujours vu ces tumeurs repulluler lentement sur place après une première et même une seconde ablation.

L'éléphantiasis des Arabes n'est pas seulement endémique dans les Antilles et sur le littoral américain, mais s'observe aussi en Egypte, en Abyssinie, dans une grande partie de l'Afrique septentrionale, à Ceylan, dans le voisinage de Cochin, sur la côte de Malabar, en Chine, à Java et à Sumatra. A la Martinique il ne se développe que dans les localités marécageuses : rare à Saint-Pierre, assez commun aux environs de Fort-de-France. Ainsi se trouverait assez justifiée pour cette colonie l'opinion qui donne la même étiologie au mal des Barbades et à la fièvre paludéenne. Dans les localités

de la Martinique où l'éléphantiasis se rencontre, l'hydrocèle est remarquable par sa fréquence. Par contre, l'éléphantiasis du scrotum ne s'observe pas.

La lèpre éléphantiasique si répandue chez la race noire et ses croisements ne leur est pas spéciale, ainsi que le démontre la géographie médicale. C'est seulement chez l'adulte que je l'ai observée. Je n'en ai vu qu'un seul cas chez le blanc. C'était chez un jeune homme qui, travaillant depuis plusieurs années aux routes de la colonie, avait fréquemment les jambes dans l'eau et dans la boue. Maladie du derme et du tissu cellulaire sous-jacent, l'éléphantiasis affecte indifféremment les deux sexes et siége presque exclusivement aux jambes, qui présentent souvent des ulcères, surtout des ulcères calleux. La jambe des Barbades nécessite rarement l'amputation. Les cas où celle-ci est rationnelle doivent être peu nombreux, d'autant plus que le mal est sujet à récidiver, non pas sur place sur le membre amputé, mais sur l'autre. Dans ces dernières années, l'éléphantiasis des Arabes a été traité par la ligature de l'artère principale du membre par les médecins anglais dans l'Inde et en Europe. Les observations publiées par Thomas Bryant, par le docteur Cornochan (de New-York), par Butcher, par le docteur Alcock et par Fayrer (de Calcutta) [1] semblent donner une valeur réelle à ce mode de traitement. M. le docteur Vanzetti (de Padoue) [2] a cité une observation intéressante d'éléphantiasis de la jambe guéri par la compression de l'artère crurale. C'est un mode de traitement qui mériterait d'être essayé aux Antilles.

[1] *Med.-chir. trans.*, t. XLV, p. 176, 1865, et *Archives générales de médecine*, 1867.

[2] *Gazette des Hôpitaux*, 10 décembre 1867.

L'éléphantiasis des Grecs, tsaràth des Hébreux, se rencontre aux Antilles dans les localités palustres. Il semble que l'affection soit encore plus hideuse chez le nègre, sur le visage duquel elle imprime, si jeune qu'il soit, le cachet d'une vieillesse prématurée. « La lèpre léonine, rapporte M. le docteur Cornilliac[1] qui a visité les rivages où elle est endémique, se voit plus souvent sur le littoral de la côte nord de l'Amérique du Sud que dans les Antilles, et se montre surtout dans les terrains bas et humides noyés pendant l'hivernage : Port d'Espagne, à la Trinidad ; Fort-de-France, à la Martinique ; la Pointe-à-Pitre, à la Guadeloupe ; Bridge-Town, à la Barbade, etc. Plus on descend vers l'embouchure des grands fleuves de l'Amérique méridionale, plus on remarque cette hideuse maladie. Tout le littoral nord de cette partie du nouveau continent, les Guyanes, la côte du Venezuala offrent au voyageur ces visages repoussants, au masque bronzé recouvert de tumeurs noueuses séparées par des rides qui simulent une vieillesse anticipée et dont les fronts plissés et sans sourcils, les lèvres épaisses et dépilées chez l'adulte, le nez aplati par l'affaissement de la cloison, les joues et les oreilles gonflées, inspirent en même temps le dégoût et la pitié. Ces infortunés errent quelquefois par troupes, et, dans certains pays, sont parqués dans un îlot voisin ou dans un lazaret qui leur sert de refuge. »

Macules. — Les diverses espèces de cet ordre se voient sur la peau du blanc, du mulâtre et du nègre. Les enfants et les femmes surtout qui s'exposent au grand air ou qui travaillent au soleil présentent en abondance le

[1] *Recherches chronologiques sur l'origine de la fièvre jaune dans les Antilles.* 1867, in-8°.

lentigo ou taches de rousseur. Ces taches s'observent non-seulement sur les peaux fines et blanches, mais chez des personnes dont le teint est d'un jaune foncé. Les éphélides sont également très-communes, surtout chez les mulâtresses, dont elles tachent souvent le visage, les bras, la poitrine, les épaules et le dos. Au lieu d'une couleur jaune safranée, elles prennent chez elles une nuance café au lait.

Le purpura s'observe assez rarement aux Antilles, où le scorbut n'est qu'accidentel. Je n'y ai pas rencontré le purpura hemorrhagica. Le purpura simplex ne se voit guère que chez l'enfant et l'adulte qui, à la suite de l'entérite, de la diarrhée chronique, de maladies longues et de privations, présentent un état cachectique plus ou moins prononcé. •

Chez une jeune fille blanche, dont les conditions hygiéniques n'étaient pas mauvaises, j'ai noté un cas de l'espèce de pourpre hémorrhagique décrite par Werlhoff, sous le nom de *morbus maculosus*. Aux jambes et en différentes parties du corps, la peau était parsemée de taches d'un noir violet comme des baies de troène. Des taches ecchymotiques semblables existaient sur la muqueuse buccale et sur les gencives, qui n'étaient nullement ramollies, mais parfaitement nettes en dehors des points occupés par les ecchymoses. Cette malade avait, en outre, des épistaxis et quelques selles sanguinolentes. Des boissons acidulées furent prescrites, et au bout de huit jours les taches s'effacèrent. Dix jours après, elles reparurent après un peu de malaise et une fièvre légère accompagnée de céphalalgie et d'une épistaxis abondante. Le traitement par la poudre de quinquina, indiqué par Werlhoff lui-même et conseillé par Bretonneau

contre l'épistaxis, fut essayé, et, sous l'influence de 4 grammes de poudre de quinquina calisaya, donnés dans une infusion de café, à jours passés, pendant trois semaines, cette jeune fille guérit complétement. Quatre ans après, la maladie n'avait pas récidivé.

Le vitiligo frappe souvent l'observation aux Antilles. Le nègre seul présente le vitiligo congénial. Ces noirs qui ont sur différentes régions du corps des taches blanches de formes et de dimensions variées, sont connus sous le nom de *nègres-pies*. Le blanc offre le vitiligo accidentel, comme le mulâtre et le nègre. C'est aux mains que la décoloration se montre de préférence et qu'elle est le plus prononcée. On rencontre quelquefois des nègres et des négresses ayant quelques taches blanches au visage et dont les mains et les poignets tranchent par leur blancheur lactée sur la peau noire des avant-bras.

Une altération plus rare, qui porte également sur la couche pigmentaire, c'est la coloration bronzée ou noirâtre que, dans des circonstances indéterminées, prennent certains individus blancs ou mulâtres. J'ai cru un moment à la maladie d'Addison chez un soldat qui avait pris en quelques mois une coloration générale bronzée et qui, trois ans après, la conservait avec tous les attributs de la santé. Ces exemples sont beaucoup plus communs parmi les races colorées. J'ai vu un mulâtre qui, à seize ans, avait la peau d'un jaune clair et les cheveux plats, et qui, à vingt ans, présentait la coloration noirâtre du nègre et des cheveux presque lanugineux. Dans ces circonstances, à côté des influences climatériques, n'y a-t-il pas une part assez large à faire à l'atavisme ?

Maladies parasitaires. — Les maladies parasitaires de

la peau se composent à peu près des mêmes espèces en Europe et aux Antilles. Les parasites appartenant au règne animal et communs à ces deux régions sont les différentes variétés de poux, la puce, la punaise et l'acare de la gale. Deux espèces particulières aux Antilles sont la chique et le ciron rutilant des savanes ou bète rouge qui, en quantité innombrable, s'attache aux animaux herbivores. Chez le bœuf, le mufle est quelquefois comme saupoudré de corail. En pénétrant sous l'épiderme, cette arachnide détermine chez l'homme des affections érythémateuses, prurigineuses, et, ainsi que nous l'avons dit, donne souvent lieu à des pustules d'ecthyma.

L'autre parasite, la chique ou puce pénétrante, bicho des Portugais, tunga des Brésiliens, se retrouve dans les régions chaudes de l'Amérique méridionale.

Cet insecte, de l'ordre des aphaniptères, est plus petit, plus vif, plus rouge fauve, plus luisant que la puce ordinaire et présente un bec beaucoup plus long. La femelle s'introduit sous l'épiderme et une sensation de prurit agréable est le seul signe qui révèle quelquefois sa présence dans les premiers jours. Elle choisit de préférence, pour se loger, le rebord du talon et l'extrémité des orteils ; elle s'attache également aux pieds des animaux domestiques, tels que le chien et le porc. Au bout de quelques jours, elle prend une forme arrondie et le volume d'un petit pois par suite du gonflement énorme d'un sac membraneux placé sous le ventre et renfermant des œufs. « De ce moment, dit M. le docteur Levacher[1], la vie d'insecte est terminée pour la chique. Le dévelop-

[1] *Loc. cit.*, p. 327 et suiv.

pement de ses ovules agglomérés par grappes très-fournies, celui de l'enveloppe qui les contient et de son ventre lui-même, arrivent à un énorme degré relativement au volume propre de cet insecte ; il meurt, et n'offre plus qu'un véritable kyste sur lequel on aperçoit un petit point noir, qui n'est autre chose que sa tête et ses pattes. » C'est ce kyste qu'il faut extraire exactement à l'aide d'une aiguille, car le séjour de ces débris devient une cause d'inflammation ulcérative, chez le nègre surtout, beaucoup plus exposé, par le fait de son habitude de marcher nu-pieds et nu-jambes, à la piqûre de la puce qui habite et pullule dans la poussière.

A mesure que la poche kystique se distend, la peau s'anime tout alentour et devient douloureuse. « Une sérosité transparente, rapporte M. Levacher qui a très-bien observé le fait, s'établit autour du kyste, qui prend, à peu de chose près, le volume et la forme d'un pois chiche. Ce cercle séreux contraste avec la couleur blanche et mate de la chique... Au bout de sept à huit jours, plus ou moins, le cercle séreux qui circonscrivait la chique devient purulent, car cet insecte, ainsi développé, agit de jour en jour, comme corps étranger ; le travail inflammatoire tend sans cesse à le chasser vers l'extérieur et la peau se détruit et s'ulcère. A ce point de la période de suppuration, qui est aussi celle de la maturité des œufs, le ventre de la chique et les autres membranes qui contenaient les ovules se rompent tout à coup et les œufs sont expulsés ou entraînés au dehors. Mais les débris durs et résistants du kyste, qui ne sont formés que par le ventre de la chique et les membranes des ovules, demeurent dans la plaie, qu'ils ne tardent pas à convertir en ulcère malin. »

Ces plaies, qui sont le partage des nègres paresseux, misérables et malpropres, occupent quelquefois en nombre considérable les deux pieds. Les ulcères qu'elles déterminent sont rebelles ou prennent le caractère phagédénique et nécessitent alors l'amputation de la jambe.

Les différentes lésions de la peau que déterminent les parasites appartenant au règne végétal sont les mêmes que celles qu'on rencontre en Europe. Je ne crois pas qu'il existe de maladie cryptogamique spéciale aux Antilles. Jamais je n'y ai observé les croûtes jaunes, sèches, déprimées en forme de godet, qui annoncent l'achorion du favus. Le tempérament lymphatique paraît être celui qui offre les conditions les plus favorables à la reproduction et à la végétation du champignon du favus. L'absence de l'affection favique tiendrait-elle à ce que l'*achorion* (*Schœnleinii*) n'existe pas aux Antilles ou à ce que, par le fait de la rareté du lymphatisme, le terrain se refuse à son développement?

L'herpès tonsurant, avec ses disques arrondis, ses squammes grisâtres, ses cheveux secs et décolorés, cassés à quelques millimètres de leur racine, entourés d'une gaîne floconneuse blanchâtre, et difficiles à arracher ; le sycosis avec ses poils brisés, secs, recouverts d'une poussière blanchâtre, faciles à extraire, avec sa rougeur et sa desquamation fine au début, suivies de tubercules rouges, arrondis, ou de pustules recouvertes de croûtes qui agglutinent les poils de la barbe, se montrent quelquefois à l'observation aux Antilles, le premier chez les enfants, le second chez les adultes. Les taches rouges, isolées, légèrement saillantes et surmontées de petites squammes blanches s'accroissant du centre à la périphérie et dont le disque érythémateux est couvert quel-

quefois de petites vésicules, les cercles arrondis de l'herpès circiné ne s'observent qu'exceptionnellement. La tricophytie circinée, tonsurante, sycosique m'a semblé n'affecter que la race blanche. Je n'ai vu la pelade que chez le blanc et le mulâtre. La figure presque glabre du nègre se prête peu d'ailleurs au développement du sycosis.

La pelade est l'affection parasitaire la plus fréquente aux Antilles. J'en ai rencontré bien des exemples, chez des blanches et des mulâtresses. La pelade pourrait être confondue avec le vitiligo; mais dans le vitiligo, au lieu de poils follets sur une surface légèrement gonflée, on retrouve les cheveux, alors même qu'ils sont décolorés, avec leur épaisseur et leur longueur ordinaires et le cuir chevelu sans gonflement. A propos de la pelade, disons que, quelles que soient les causes qui amènent l'alopécie, elle est beaucoup moins commune aux Antilles qu'en France et que la race nègre en offre peu d'exemples.

CHAPITRE XII.

FIÈVRES ÉRUPTIVES, DIPHTHÉRIE.

La variole, la rougeole et la scarlatine ne s'observent, comme la fièvre jaune, aux petites Antilles, que sous la forme d'épidémies séparées par de longues périodes d'immunité. Ce sont évidemment des maladies importées. S'il est impossible de remonter à l'origine de quelques-unes de ces épidémies, il est, pour quelques autres, facile de découvrir le lieu d'importation et de suivre l'invasion pour ainsi dire pas à pas.

« La variole, au rapport de MM. les docteurs Guyon et Pouvreau[1], a régné épidémiquement à la Martinique de 1836 à 1837. Elle avait été importée à la Trinité, petite ville située au vent de l'île, par un navire américain qui, à son entrée dans le port, avait déposé à l'hôpital deux hommes qui en étaient atteints. Elle apparut peu après à Saint-Pierre, où, à la date du 6 mars 1837, elle avait déjà fait beaucoup de ravages. Là, comme sur tous les autres points de l'île, les individus qui avaient dépassé l'âge de vingt à vingt-cinq ans en furent généralement et plus grièvement atteints que les autres. La mortalité porta généralement sur les gens de couleur.

« Les vaccinés chez lesquels l'opération avait laissé des traces bien marquées n'eurent que la varioloïde ou la fièvre seulement sans éruption. Le 1er régiment de la

[1] *Gazette médicale de Paris*, 1839, t. VII, p. 344.

marine, qui formait la garnison de l'île, n'eut qu'un seul malade : il mourut. Le 2e régiment de la marine, qui, à cette époque, vint remplacer le 1er, eut aussi un malade qui, plus heureux que l'autre, se rétablit. »

Vingt-trois ans après, la variole régna épidémiquement à la Martinique ; elle apparut en octobre 1860 et cessa vers la fin de l'année suivante. Je n'ai pu saisir le moment de l'importation ; mais celle-ci est presque évidente. A Saint-Pierre, où la maladie fit son apparition, les premiers cas se déclarèrent dans des maisons du littoral, au quartier de la ville nommé *le Figuier* et devant lequel s'étend la rade de mouillage des bâtiments sous pavillon étranger. Dans ce quartier, le peuple attribuait l'introduction de la maladie à un matelot d'un bateau caboteur de l'île anglaise de Sainte-Lucie, lequel matelot était parti après avoir été soigné à terre. Du Figuier, la variole gagna de proche les autres quartiers de la ville et finit par s'irradier à la campagne, où elle allait rencontrer parmi les immigrants africains, non vaccinés pour la plupart, un élément moins réfractaire que le nègre créole et que les coolies chinois et indiens qui, presque tous, portent les marques du vaccin. Si cette épidémie perdit de son intensité à Saint-Pierre, au bout de quelques mois, c'est en partie aux vaccinations et aux revaccinations pratiquées sur une large échelle, que cette atténuation doit être attribuée.

La variole était le plus souvent discrète et alors exempte de dangers ; la variole confluente conservait sa léthalité ordinaire. La période d'incubation de la forme discrète durait généralement une dizaine de jours. Les symptômes de la période d'invasion étaient un peu modifiés. La durée n'était plus de trois jours pleins, et l'appareil

fébrile différait également. Le frisson plus ou moins violent; la transpiration, les envies de vomir, la constipation ou la diarrhée et quelquefois les convulsions avec la diarrhée chez l'enfant, les douleurs générales et la rachialgie : tels étaient les symptômes qui annonçaient l'invasion. Rien de particulier à noter dans la marche de l'éruption, ni dans l'aspect des pustules, lors de la période de maturation. Les varioles discrètes anomales et malignes ont été rarement observées. Comme en Europe, elles présentaient des pustules pâles et indolentes, inégalement développées, des accidents de délire et de coma, la suppression des urines et des symptômes d'algidité.

« Dans la variole discrète, écrit M. Trousseau [1], la période d'invasion dure trois jours pleins, rarement trois et demi, plus rarement encore quatre, presque jamais deux seulement. Cette durée est tellement la loi générale, que, lorsqu'après une inoculation variolique, on voit la fièvre d'invasion se produire avec une certaine véhémence, et que trois fois vingt-quatre heures se passent avant le développement de l'éruption, on peut pronostiquer d'une manière certaine que la maladie ne sera pas grave. *Ainsi, plus la manifestation cutanée de la variole tarde à se produire, moins sérieuse est celle-ci; mais réciproquement, moins l'éruption se fait attendre, plus dangereuse est la maladie*. Lorsqu'elle apparaît à la fin du deuxième jour, elle est infailliblement confluente; au troisième jour, elle l'est presque toujours; au quatrième jour, à plus forte raison au cinquième ou sixième, elle est nécessairement discrète. »

Cette loi n'existe plus pour la variole aux Antilles. Les

[1] *Clinique médicale*, 1865, t. I, p. 5.

allures de la fièvre y sont tout autres ; ainsi, dans la variole discrète, la fièvre, loin de tomber au moment où l'éruption apparaît, persiste quelquefois plus ou moins dans la seconde période. Elle prend parfois le type intermittent, que l'éruption soit discrète ou confluente. Deux fois chez l'adulte, la périodicité était si régulière, que je crus prudent, dans le doute, d'administrer pendant deux jours un gramme et demi de sulfate de quinine, et, alors que je pensais avoir coupé une fièvre d'accès, je vis, après une période d'apyrexie de quarante-huit heures, une éruption étendue de variole se montrer et parcourir régulièrement ses différentes phases. Comme deux fois également j'ai vu, après l'administration de la quinine, dans des accès fébriles intenses et réguliers, l'éruption morbilleuse apparaître après un ou deux jours d'apyrexie complète, je me suis demandé si le sulfate de quinine, à doses élevées, n'a pas quelque influence heureuse sur la marche des fièvres éruptives et s'il n'y aurait pas quelque avantage à l'essayer dans les cas graves et surtout dans ceux où l'éruption se fait mal.

Dans la variole confluente, la fièvre affectait aussi les types intermittent et rémittent. L'éruption, loin de se produire constamment à la fin du deuxième jour, se montrait indifféremment le troisième, le quatrième, le cinquième et même le sixième jour. Mais du moment que l'éruption avait paru, la fièvre était d'une seule tenue jusqu'au quatorzième et quinzième jour. Les trois grands caractères de la variole confluente ne firent jamais défaut : la salivation abondante, la tuméfaction considérable du visage et le gonflement des mains et des pieds succédant aux deux premiers symptômes, vers le douzième our du début de la maladie.

Les allures de l'éruption ne m'ont pas semblé différer ; au début existaient quelques symptômes nerveux, de l'agitation, du délire passager ou continu, et qui, dans les cas graves, revêtait, en persistant, la forme du délire typhique et s'accompagnait de coma vigil, de soubresauts des tendons et de carphologie. La diarrhée qui caractérise le début de la variole confluente et qui persiste chez l'enfant jusqu'au dixième jour, remplaçant, dans le jeune âge, la salivation que présente l'adulte, la diarrhée, dans l'épidémie que j'ai observée, se continuait avec plus ou moins d'abondance, aussi bien pour l'adulte que pour l'enfant, pendant tout le cours de l'éruption et même pendant toute la durée de la maladie. Les accidents diarrhéiques, par leur abondance ou leur continuité, amenèrent souvent une terminaison fatale. Vers le treizième jour de l'éruption, la peau, baignée par le pus corrompu qui s'échappe des pustules, exhale une horrible fétidité. Chez le nègre, dont l'habitude est de marcher nu-pieds, l'épiderme corné de la plante du pied, gonflé et ramolli par le pus, se détache lentement tout d'une pièce, au milieu d'un liquide sanieux, fétide, où pullulent souvent des larves d'insectes.

La fièvre, qui a diminué d'intensité vers le quatorzième jour, persiste encore jusqu'au vingt ou vingt-cinquième jour. C'est alors que j'ai vu, dans plusieurs cas, après la chute successive des croûtes, se produire une véritable diathèse furonculaire qui se continuait pendant plusieurs mois. J'ai observé aussi les abcès qui siégent dans l'épaisseur des tissus, dans les membres surtout, et qui se succèdent pendant trois et quatre mois. Comme la variole, la fièvre jaune présente la diathèse furonculaire et des abcès consécutifs, nombreux et profonds. Je n'ai

pas observé cette grave complication de la variole confluente, l'infection purulente avec formation d'abcès métastatiques et qui se montre vers le quatorzième jour de la maladie, alors que la peau est couverte d'une nappe de pus.

Généralement et ainsi qu'on l'observe ordinairement, la mort arrivait du douzième au quatorzième jour. Dans quelques cas, elle avait lieu plus tôt, à la suite d'accidents adynamiques ou ataxiques et de phénomènes comateux. Beaucoup plus tard, dans d'autres cas, la terminaison funeste était amenée par l'intensité ou la persistance des accidents diarrhéiques. Dans d'autres cas, elle pouvait être attribuée aux suppurations profondes qui avaient envahi le tissu des membres. Je n'ai rencontré aucun cas de *varioles noires*, cette forme si grave, caractérisée par la production d'hémorrhagies multiples, hémorrhagies sous-cutanées, nasales, buccales, intestinales et vésicales.

En même temps, nous observions à Saint-Pierre de nombreux cas de varioloïde ou variole modifiée. Elle offrait les mêmes caractères qu'en Europe, la même éruption se séchant prématurément et se transformant en petites saillies cornées se détachant vers le quinzième jour ; elle présentait, dans quelques cas, les mêmes éruptions rouges simulant la scarlatine et la rougeole ; elle avait une extrême bénignité. On voyait souvent des enfants du peuple, présentant les boutons de la varioloïde, jouer impunément, presque nus, dans les canaux d'eau vive qui traversent la ville. J'ai eu occasion de constater trois fois la variole modifiée sur des individus non vaccinés. Les cas furent assez fréquents sur des enfants dont la vaccination remontait à huit ou dix ans. J'ai vu des

cas de variole confluente terminés par la mort, sur des adultes de vingt à trente ans, chez lesquels les marques d'une vaccination antérieure étaient de toute évidence. Dans les nombreuses revaccinations faites par M. le docteur Martineau et par moi, le vaccin réussit sur le quart des sujets à peu près, et dans ce nombre il y avait beaucoup d'enfants qui présentaient quatre et cinq marques d'une vaccination datant de dix, huit, sept ou six ans.

De toutes les maladies épidémiques, la scarlatine est sans doute celle dont les retours sont les plus longs et les plus rares aux Antilles. La dernière épidémie observée à la Martinique date de 1835 ; elle paraît avoir été grave, d'après les souvenirs qu'elle a laissés et les vides qu'elle a faits dans plusieurs familles de Saint-Pierre et de Fort-de-France ; elle paraît avoir sévi sur l'enfance et sur l'âge adulte. M. le docteur Rufz, à son arrivée dans la colonie, en 1835, assista à la fin de cette épidémie et eut occasion de voir quelques cas d'angine très-graves et d'anasarque scarlatineuse. Jusqu'en 1862, je puis affirmer que pas un cas de scarlatine ne fut constaté à la Martinique. On y observe assez souvent ce que le peuple appelle *la fièvre rouge*, et qui n'est que *l'érythème scarlatiniforme*. Après un ou deux jours de malaise et de fièvre, une rougeur pointillée, accompagnée de démangeaisons et d'une légère cuisson, apparaît à la face, à la partie antérieure de la poitrine et des bras, sur le ventre et aux cuisses, d'autres fois sur toute la peau, et, après trente-six ou quarante-huit heures, la fièvre tombe, l'éruption pâlit et se termine par une desquamation furfuracée. Ces caractères légers, l'état normal ou saburral de la langue qui ne se dépouille pas de son épithélium, l'absence d'angine avec exsudation pseudo-

membraneuse et autres phénomènes inflammatoires marqués du côté de l'isthme du gosier, l'éruption qui n'est pas entremêlée de petites vésicules miliaires, et dont la desquamation ne se fait pas par larges plaques, tous ces caractères établissent nettement la distinction entre cette forme d'érythème et la scarlatine véritable.

Depuis 1862, la scarlatine semble s'être montrée de nouveau à la Martinique ; mais, bien qu'elle ait fait quelques victimes, elle est restée limitée et en quelque sorte stérile. « J'ai vu à Saint-Pierre, en 1867, dans la clientèle de M. le docteur de Luppé, m'écrit M. le docteur Lota, deux malades dans la même famille, qui ont succombé à une maladie fébrile intense avec éruption à la peau de forme scarlatineuse. Un autre membre de la même famille, atteint d'une affection semblable, a guéri en présentant une desquamation par larges plaques. A la même époque existaient, dans plusieurs quartiers de la ville, des maladies fébriles plus ou moins intenses avec mal de gorge et rougeur à la peau.

« Enfin, j'ai observé dans ma clientèle, chez un jeune homme de trente ans, un cas incontestable de scarlatine. Le malade, alité depuis deux jours, avait un mouvement fébrile violent avec dyspnée intense ; le corps, dans toute son étendue, était couvert de plaques rouges, pointillées, irrégulières, avec quelques vésicules de miliaire vers la partie inférieure de l'abdomen et la partie supérieure des cuisses. Dans la gorge, il y avait, sur les amygdales tuméfiées, des fausses membranes épaisses, et le pharynx ainsi que le voile du palais offraient une vive rougeur. A l'auscultation, on entendait dans les deux côtés de la poitrine des râles sous-crépitants et sibilants, signe

d'une bronchite généralisée. Le malade mourut le lendemain, au quatrième jour de la maladie. »

Contrairement à la variole et à la scarlatine, la rougeole est l'affection épidémique la plus fréquente ; ses retours ont même une régularité singulière. « Remarquons sans trop y insister, écrivait M. Rufz [1], ces trois dates : 1831, 1841, 1851, année où une nouvelle épidémie reparut. Voilà une intermittence bien régulière, dix années entre chaque épidémie. » Si l'on remonte plus haut, l'année 1821 compte également une épidémie de rougeole. En 1861, la variole n'avait pas encore disparu de Saint-Pierre, où régnaient épidémiquement la diphthérie et des fièvres graves, lorsque la rougeole se montra vers le mois de juin. Nous vîmes, pendant le second semestre de cette année, les trois épidémies marcher parallèlement, sans s'influencer, sans se compliquer. Plusieurs malades eurent successivement les fièvres, la rougeole et la diphthérie. Les deux premières s'éteignirent à la fin de 1861 ; l'affection diphthéritique persista, moins répandue, mais aussi grave.

« Notre position d'insulaire, dit M. Rufz, nous a permis souvent de fixer d'une manière nette et précise l'invasion, la durée et la disparition des épidémies qu'il nous a été donné d'observer, précision qu'il n'est pas possible d'obtenir dans les grandes villes et peut-être sur les continents. » L'épidémie de rougeole de 1841, observée par M. Rufz, débuta à Fort-de-France, où elle fut sans doute importée, et gagna Saint-Pierre de proche en proche par la voie du littoral. Commencée en novembre, qui est la saison fraîche, elle finit en juin, époque des

[1] *Gazette médicale de Paris*, 1857, p. 532-574.

fortes chaleurs, fut à son summum au troisième mois de sa durée, eut une décroissance assez rapide et disparut entièrement après. Il ne fut pas possible de remonter à l'origine de l'épidémie de 1851. « C'est par Saint-Pierre qu'elle commença cette fois, rapporte encore M. le docteur Rufz; les autres parties de l'île en étaient exemptes. L'épidémie se développa en juillet et août; elle fut à son summum fin d'août et dans la première quinzaine de septembre, décrut après et alla en diminuant jusqu'en mars 1852; c'est-à-dire qu'elle dura dix mois, un peu plus que l'épidémie précédente, et nous parut aussi plus grave par les complications de diarrhée qui l'accompagnèrent. »

La rougeole que j'ai observée en 1861 commença également par Saint-Pierre; les premiers cas se montrèrent au mois de juin; l'épidémie fut près d'un mois à l'état latent; elle atteignit toute son intensité en août et septembre et s'effaça complétement avec les derniers jours de l'année; sa durée fut donc de sept mois. Dans les longues périodes qui s'écoulent entre les épidémies, on ne rencontre aucun cas de rougeole sporadique.

Aussi, lorsque la rougeole reparaît à l'état épidémique, elle atteint presque toute la génération née depuis la dernière épidémie et un certain nombre d'adultes qui ont impunément traversé les précédentes épidémies. J'ai rencontré cinq cas de rougeole intense, mais terminée favorablement, sur des adultes des deux sexes, âgés de trente à quarante ans et qui n'avaient pas été touchés par les épidémies de 1841 et 1851. « A ces deux époques, dit M. Rufz, il y eut un certain nombre d'adultes atteints; j'en ai vu un de cinquante-sept ans et l'on m'a parlé d'une femme de quatre-vingts ans. Je n'ai vu, dans

la seconde épidémie, personne qui eût eu la maladie dans la première. En général, les enfants de la première enfance furent épargnés. J'en ai vu quelques-uns de sept à huit mois et un de trois semaines avec l'éruption. » Comme M. le docteur Rufz, j'ai observé, en 1861, des cas de *morbilli sine morbillis* sur des enfants, mais d'ailleurs sans aucune gravité; je n'ai vu aucun cas de convulsions chez l'enfant et n'ai rencontré que des rougeoles normales dans cette épidémie, dont la bénignité fut d'ailleurs le caractère. Dans les deux précédentes épidémies, M. Rufz avait constaté six cas d'éruptions anormales terminées par la mort.

Dès le début de la maladie, les membranes muqueuses des yeux, du nez, du larynx et des bronches se prenaient et les malades présentaient l'injection oculaire, le larmoiement, une photophobie légère, le coryza et une toux plus ou moins rauque et violente. Cette période d'invasion n'offrait aucune régularité ; si, dans la généralité des cas, le mouvement fébrile persistait jusqu'au quatrième jour, à l'apparition de l'éruption, dans un grand nombre de cas, il prenait le caractère d'une fièvre rémittente ou franchement intermittente. M. le docteur Rufz avait également constaté précédemment les mêmes irrégularités dans les symptômes prodromiques, qui se prolongeaient jusqu'à sept et huit jours. Ces éruptions tardives n'étaient pas plus graves que d'autres. Généralement, le mouvement fébrile se prolongeait pendant les deux ou trois premiers jours de l'éruption ; il cédait lorsque l'éruption cédait elle-même, et ne reprenait avec quelque intensité que lorsqu'il se développait quelque complication.

L'éruption était parfaitement semblable à celle que la

rougeole présente en Europe : mêmes formes, même ordre d'apparition, même décoloration chez les individus affaiblis, la disparition s'effectuant aussi suivant l'ordre d'apparition des plaques, s'opérant dans le même délai de trois jours, et la desquamation consistant en une fine poussière épidermique. La teinte seule variait selon la coloration des races. « Chez les mulâtres (peau jaune), l'éruption, dit M. Rufz, n'offrait aucune différence de ce qu'elle était chez le blanc ; chez le nègre (peau noire), la coloration était acajou ; les plaques moins distinctes sur leurs limites ; au contraire, la défurfuration blanche ressortait davantage sur le fond noir. »

Dans les pays chauds, l'importance des affections intestinales, autrement grande que celle des maladies thoraciques, se vérifie pour les complications de la rougeole. Les complications pulmonaires, fréquentes et graves en Europe, sont légères et rares sous le ciel des Antilles; la diarrhée, qui est d'une importance médiocre dans les pays tempérés, devient, au contraire, une complication des plus sérieuses. Sa marche est d'ailleurs bien différente.

« La diarrhée, écrivait M. Trousseau [1], arrivant en même temps que l'éruption, appartient essentiellement à la rougeole, et les auteurs ne l'ont pas suffisamment indiqué. Sans être invariable, ce symptôme est assez commun pour qu'on en doive tenir bon compte. Il se manifeste, je le répète, le jour où l'éruption apparaît. L'enfant va quatre, six, huit, dix et quinze fois à la garde-robe dans les vingt-quatre heures ; chez quelques-uns il y a non-seulement une diarrhée séreuse, mais en-

[1] *Clinique médicale*, t. I, p. 134.

core une diarrhée glaireuse et sanglante, causée par une véritable colite qui dure un jour ou deux ; si la diarrhée se prolonge au delà de vingt-quatre heures, elle peut devenir une cause de danger chez les très-jeunes enfants et elle doit être arrêtée le plus tôt possible. » Chez l'adulte, la diarrhée qui se montre le jour de l'éruption est un symptôme des plus rares.

Dans les épidémies de rougeole observées à la Martinique, la diarrhée avait lieu assez souvent pendant les prodromes, plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte; quelquefois elle continuait pendant l'éruption, sans exercer sur elle aucune fâcheuse influence. Après la desquamation, elle devenait parfois très-grave par son opiniâtreté. Trois fois, rapporte M. Rufz, elle débuta sous forme cholérique, vingt-cinq ou trente selles dans les vingt-quatre heures, suivies de refroidissement et d'une mort prompte. Dans le plus grand nombre des cas, c'était la forme dysentérique. Ces dysenteries, au bout de deux à trois semaines, cessaient d'être sanguinolentes et devenaient des diarrhées d'une matière liquide, grisâtre, plâtreuse, d'une odeur acide et très-fétide. Ces diarrhées se prolongeaient indéfiniment et finissaient par produire un amaigrissement extrême, du marasme, l'anasarque et la mort.

« Je ne puis préciser, ajoute cet observateur, la mortalité occasionnée par ces diarrhées ; en la portant à un sixième ou à un septième des enfants atteints de la rougeole, je crois approcher de la vérité, surtout pour la classe du peuple. Il faut beaucoup tenir compte des écarts de régime sur la production et la gravité de cette diarrhée. » Dix années plus tard, j'ai pu vérifier la justesse de ces observations relativement à la gravité du

catarrhe intestinal dans la rougeole, et constater aussi l'innocuité, pour ainsi dire, du catarrhe pulmonaire.

Accident propre à l'invasion de la rougeole, le catarrhe reste généralement simple; la toux se calme à l'apparition de l'éruption, les crachats, qui prennent quelquefois l'aspect nummulaire, ne continuent guère au delà d'une semaine. « *Le catarrhe péripneumonique, la pneumonie lobulaire et pseudo-lobaire*, conséquence extrême *du catarrhe capillaire*, est toujours, dans la rougeole, la complication la plus redoutable, bien plus redoutable que la pneumonie franche, que la pleurésie : c'est lui qui emporte, en effet, la majorité des malades... » Pendant une épidémie que nous observâmes en 1845 et 1846, à l'hôpital Necker, ajoute M. Trousseau [1], sur vingt-quatre enfants, vingt-deux furent emportés par le catarrhe péripneumonique ; les deux autres échappèrent à cette terrible complication thoracique. » Ce chiffre donne la mesure de la gravité extrême de cette affection, presque toujours mortelle dans les deux ou trois premières années de la vie.

La rareté des complications thoraciques est un fait constaté par les médecins qui ont observé la rougeole aux Antilles, fait qui, comme le remarque M. Rufz, peut être considéré comme remarquable dans l'histoire de cette maladie. La tuberculisation pulmonaire se montre-t-elle plus fréquemment à la suite de la rougeole qu'à la suite de toute autre maladie fébrile? Ce rapport de cause à effet entre l'une et l'autre de ces affections, que niait M. Rufz [2], en étudiant les faits sous ce point de vue, ce rapport n'existe évidemment pas dans

[1] *Loc. cit.*, p. 415.

[2] *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1836.

les observations qu'on peut recueillir aux Antilles. Comme M. Rufz l'avait remarqué dans les épidémies de rougeole de 1841 et de 1851, je n'ai vu dans aucun cas, en 1861, les symptômes de la phthisie pulmonaire éclater pendant le cours d'une rougeole ou se montrer après sa disparition, et, malgré la fréquence de la phthisie à la Martinique, je suis porté à penser que la rougeole ne doit pas y figurer comme cause productrice du tubercule et même que le catarrhe morbilleux n'a qu'une influence bien faible et bien restreinte sur l'évolution des tubercules préexistants.

La diphthérie est une maladie de tous les temps, de tous les âges et de tous les climats; elle semble avoir pris depuis ces dernières années une extension plus grande et les épidémies observées revêtent un caractère grave. Contrairement aux fièvres éruptives qui, importées aux Antilles, y règnent épidémiquement à de longs intervalles, la diphthérie semble y avoir toujours existé, comme le pense M. le docteur Rufz[1], mais confondue avec d'autres affections, et les épidémies observées ne sont sans doute que des explosions spontanées de la maladie. L'épidémie d'angines mortelles qui eut lieu en 1760, à Kingston (Jamaïque), d'après Moseley (*On tropical diseases*, p. 265), ne peut être rapportée, l'observe justement M. Rufz, qu'à la maladie diphthéritique.

Dans son mémoire, cet observateur distingué relève six cas de croup, notés en sept ans, à deux époques différentes. « A la première, dit-il, se rapportent six cas : ce fut de mai 1836 à mars 1837. A cette même époque, j'entendis parler de cinq ou six autres maux de

[1] *Gazette médicale de Paris*, 1843, t. II, p. 816. (*Du croup à la Martinique.*)

gorge mortels et qui, très-probablement, étaient le croup. Après cela s'écoula un long intervalle durant lequel je n'ai vu ni entendu citer aucun cas de maladie qui pût éveiller l'idée de croup. Ce n'est qu'en août 1842 que j'ai rencontré un cas unique. » Sur ces sept enfants, appartenant à la classe aisée et bien portants au moment de l'invasion, un seul avait une bonne constitution, les autres avaient plutôt les apparences du tempérament lymphatique; l'âge variait de trois à sept ans; un seul était âgé de treize ans; il y avait deux filles et cinq garçons; les cas eurent lieu également dans la saison chaude et dans la saison fraîche; la durée de la maladie a varié de trois à huit jours; tous les cas furent mortels; chez un enfant de six ans pour lequel la terminaison fatale arriva pendant la convalescence, il y eut des phénomènes évidents de paralysie du pharynx. L'autopsie fut faite dans trois cas : deux fois la fausse membrane s'arrêtait à l'origine de la trachée; une fois elle s'étendait jusque dans les dernières ramifications bronchiques.

« Tous les cas de croup que j'ai observés, rapporte M. Rufz, ont été précédés d'une angine simple, mais assez intense; dans trois cas surtout, cette angine dura trois ou quatre jours avant la formation de la fausse membrane. Toujours celle-ci a été précédée, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, d'un mouvement fébrile très-considérable et nullement en rapport avec l'inflammation de la gorge; cette fièvre persista pendant tout le cours de la maladie. Je n'ai vu d'épistaxis qu'une seule fois; trois fois il y eut coryza, donnant lieu à un écoulement très-fluide; la fausse membrane commençait par les amygdales et la paroi postérieure du pharynx

avant de s'étendre au larynx. Dans les six cas, un gonflement douloureux assez notable existait dans les ganglions sous-maxillaires. » L'aspect de la fausse membrane, le facies du malade et les symptômes du croup confirmé : voix éteinte, gêne respiratoire, anxiété, ne différaient pas de ce qui s'observe dans les mêmes cas à Paris. Chez un enfant de trois ans, trachéotomisé, la marche a été rapide ; elle a duré un peu moins de trois jours.

La petite épidémie de diphthérie observée par M. Rufz, de 1836 à 1837, appartenait à la forme normale pour ainsi dire, à celle que revêt d'ordinaire la maladie dans les cas sporadiques et qu'elle affecte exclusivement dans certaines épidémies. La diphthérie débutait par le pharynx, et, en s'étendant du côté du larynx, de la trachée et des bronches, amenait la mort par asphyxie. Dans l'épidémie que j'ai vue, à la Martinique, vingt-quatre ans plus tard, l'invasion, le début, la marche, les symptômes, la terminaison, les accidents consécutifs présentaient de notables différences ; le génie épidémique n'était plus le même. M. Trousseau faisait remarquer que nous traversons depuis plusieurs années une de ces périodes épidémiques dans lesquelles la diphthérie à forme maligne est beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'avait été jusqu'alors et que la maladie, bien différente aujourd'hui de celle qu'a décrite Bretonneau, rappelle la description que nous en ont laissée les médecins du dix-septième siècle. Il est remarquable que cette observation faite pour l'Europe se trouve vraie pour les Antilles.

L'épidémie à laquelle j'ai assisté était surtout une épidémie d'angines diphthéritiques. Dans le plus grand

nombre des cas, les pseudo-membranes restaient bornées au pharynx et plus de la moitié des malades présentaient consécutivement la paralysie du pharynx. La diphthérie du larynx, de la trachée et des bronches s'observait dans un nombre limité de cas. Ce n'était pas à l'asphyxie produite par le croup que succombaient les malades, mais c'était, dans la plupart des cas, à l'empoisonnement diphthéritique. Aussi eûmes-nous l'occasion d'observer quelques cas de diphthérie à marche foudroyante et des exemples très-nombreux de diphthérie maligne à marche lente. La maladie offrait cette physionomie particulière qui en caractérise la forme toxique. Elle affectait principalement les jeunes sujets, à cette période de la vie comprise entre trois et huit ans ; elle atteignit des enfants plus jeunes et beaucoup d'adultes entre vingt et cinquante ans ; elle frappa indistinctement les races et les classes différentes de la population ; elle fit le tour de la colonie, et pendant l'année 1861, elle exista à Saint-Pierre avec des fièvres graves, la variole et la rougeole, sans que ces maladies vinssent jamais à se confondre. A son summum d'intensité, de juillet 1860 à septembre 1861, elle persista alors que disparaissaient les autres épidémies, et, frappant avec moins de gravité dès 1862, elle manifesta néanmoins sa présence les années suivantes, jusqu'en 1865, par des cas sporadiques mortels, chez l'adulte comme chez l'enfant.

Comme si tout devait différer, l'invasion de la diphthérie à Saint-Pierre se fit, dans les deux épidémies, sur des points opposés. «Chose remarquable, disait M. le docteur Rufz, tous les cas observés le furent dans le quartier du Mouillage, quartier de la ville adossé contre les

mornes et dans une situation toute différente de celui du Fort, où je n'ai jamais entendu parler d'un cas de croup ; ce dernier est balayé par les vents et beaucoup plus frais. » Vers la fin de mars 1860, M. le docteur Chéneaux signalait à ses confrères trois cas d'angines diphthéritiques qu'il avait rencontrés dans la même semaine, sur des enfants de couleur, dans le quartier du Fort. La maladie resta pour ainsi dire à l'état latent pendant près de trois mois ; elle fit explosion vers la fin de juin, mais il avait été facile de suivre son irradiation du quartier du Fort aux autres quartiers de la ville.

C'est surtout, avons-nous dit, la diphthérie pharyngienne qu'on rencontrait. Dans beaucoup de maisons on en observait plusieurs cas à la fois. Dans une famille du Fort, en juillet 1860, la maladie débuta chez une petite fille de huit ans, se communiqua à la mère, et, chez un petit garçon de cinq ans auquel on avait mis un vésicatoire sur le côté, prit la forme cutanée et se termina par la mort. Les deux autres malades guérirent après des phénomènes inquiétants et présentèrent dans la convalescence la paralysie du pharynx. Quelquefois une angine simple précédait d'un jour ou deux la formation de la fausse membrane ; le plus souvent celle-ci se développait insidieusement et c'est par un peu de gêne dans la déglutition que se dénonçait sa présence. Peu après son apparition, deux symptômes frappaient ordinairement l'attention : l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'angle de la mâchoire et la pâleur extrême des enfants.

La fièvre n'était nullement en rapport avec la production diphthéritique ; souvent nulle au début et très-légère ; n'existant même à aucun moment dans des cas

très-graves; ne précédant l'angine couenneuse que dans un petit nombre de cas; le plus ordinairement irrégulière; plus tard se régularisant chez quelques malades et devenant assez violente pour justifier l'administration du sulfate du quinine. Généralement la pseudo-membrane restait bornée au pharynx, aux amygdales et au voile du palais; sous l'influence des topiques et de la médication générale, elle finissait par disparaître après s'être reproduite plusieurs fois et la guérison était la règle.

Dans un petit nombre de cas, la fausse membrane gagnait le larynx, et les symptômes du croup confirmé apparaissaient. Je n'insisterai pas sur ces symptômes; il n'y avait rien de changé dans les traits de ce triste tableau, si ce n'est un mélange des symptômes si graves qui caractérisent la diphthérie maligne. Ainsi, dans cinq cas de croup que j'ai vus chez des enfants de trois à dix ans, il existait un gonflement ganglionnaire énorme, s'étendant au tissu cellulaire du cou et une rougeur érysipélateuse de cette région. J'ai également vu des cas de croup chez de très-jeunes enfants, mais sans complication aucune. J'ai observé avec M. le docteur Lota, en juillet 1861, un cas de croup simple, très-intense, chez une petite fille de trois ans qui finit par guérir à la suite de nombreuses cautérisations et de l'administration répétée de vomitifs au sulfate de cuivre, aidée d'une médication tonique.

Ces cas de croup présentèrent une très-grande léthalité. La trachéotomie pratiquée par MM. les docteurs Cougit et Lota ne donna, à ma connaissance, qu'un succès sur six opérations, faites, il est vrai, tardivement, sauf chez une petite malade qui fut trachéotomisée vingt-quatre heures après l'apparition de la fausse membrane sur les

amygdales. Cette opération m'inspirait peu de confiance, à cause du génie particulier de l'épidémie que nous traversions et où dominait la forme maligne. Si, dans la plupart des croups observés, c'est par l'angine pharyngée que la maladie commençait, il y en eut un petit nombre où il fut évident que le croup avait débuté par le larynx, les bronches et la trachée.

La diphthérie maligne nous surprit dans quelques circonstances par la rapidité de sa marche. Deux fois chez l'enfant et une fois chez l'adulte, à ma connaissance, la terminaison fatale eut lieu au bout de deux ou trois fois vingt-quatre heures. Il y avait une abondante production de fausses membranes sur les amygdales, la luette et la paroi postérieure du pharynx, un écoulement séreux par le nez, une tuméfaction considérable de la partie inférieure de la mâchoire, des ganglions et du tissu cellulaire du cou; une rougeur érysipélateuse intense de la peau de cette région; un mouvement fébrile prononcé et des accidents de délire. Dans le plus grand nombre des cas, la forme maligne avait une marche plus lente sans beaucoup diminuer de gravité. L'angine avait son apparence ordinaire, ou bien c'était sur un fond d'un rouge sombre, sur des tissus œdématiés que reposaient les concrétions pelliculaires. L'engorgement ganglionnaire, commençant au niveau de l'angle de la mâchoire, correspondait à la partie du pharynx envahie et le jour suivant occupait l'autre côté, lorsque la concrétion se développait sur l'autre amygdale. Les fosses nasales se prenaient consécutivement le deuxième ou le troisième jour et fournissaient un écoulement assez abondant d'un mucus mêlé de sang. Le phénomène qui frappait le plus vivement peut-être l'attention, c'était la décolora-

tion profonde des téguments. La fièvre n'offrait rien de régulier, violente et continue ou bien peu prononcée ou intermittente. Le refroidissement, l'anxiété ou la stupeur étaient les accidents ultimes de cet état qui se terminait généralement par une syncope.

Contrairement à ce que j'étais porté à penser, le coryza diphthéritique n'eut pas, dans cette épidémie, une importance fâcheuse au point de vue du pronostic. « Souvenez-vous, disait M. Trousseau [1], que lorsqu'il surviendra, même dans la forme en apparence la plus bénigne au début, vous verrez bien rarement les malades, enfants ou adultes, guérir. De toutes les manifestations de la maladie, je l'ai dit, je le répète, j'insiste encore sur ce point capital, celle qui a lieu vers la membrane muqueuse olfactive est la plus alarmante. Sur vingt individus atteints de *diphthérie nasale*, dix-neuf succombent, tandis que sur vingt affectés de croup, on peut en sauver un certain nombre par la trachéotomie. » Contrairement à cette assertion alarmante, j'en étais arrivé, vers la fin de l'épidémie, à peu redouter l'extension des fausses membranes aux fosses nasales. Mes confrères et moi, nous avions, en effet, rencontré plusieurs cas d'angine couenneuse terminés par la guérison, bien que compliqués de diphthérie nasale. Les enfants atteints avaient eu, en effet, des épistaxis et un écoulement sanieux et les narines avaient présenté, à l'examen, des concrétions pelliculaires tapissant la membrane muqueuse et parfois se détachant en morceaux dont la forme retraçait celle des replis sur lesquels la concrétion s'était moulée.

Nous eûmes rarement l'occasion d'observer les loca-

[1] *Loc. cit.*, p. 360.

lisations diverses que la diphthérie affecte quelquefois. Chez deux petites filles, j'ai rencontré la diphthérie des parties génitales, et chez un petit garçon de cinq ans, la diphthérie cutanée, dont la terminaison fut fatale comme dans les deux cas précédents. La récidive de la diphthérie, après un court délai, est sans doute un fait d'observation assez rare. Au mois de mars 1862, j'ai donné des soins avec M. le docteur Martineau à un enfant de huit ans qui, à un mois d'intervalle, était repris d'une angine couenneuse encore plus grave que la précédente. Ce petit malade guérit néanmoins, après avoir présenté dans la convalescence des accidents de paralysie du pharynx.

La paralysie diphthéritique, qui se rencontrait sur plus de la moitié des sujets, n'a pas été en général une complication très-grave. La mort devait être attribuée plutôt à l'empoisonnement diphthéritique qu'à la paralysie, qui entravait d'une façon fâcheuse l'alimentation pendant la convalescence. « Le plus habituellement, dit M. Roger[1], c'est seulement après quelques jours (quatre à huit), que les lésions fonctionnelles produites par la paralysie du pharynx se manifestent d'une façon évidente. » Dans les faits que j'ai vus, un intervalle plus long, de quinze jours quelquefois, d'un mois même, existait entre la terminaison de l'affection primitive et l'invasion des accidents secondaires. La durée de ceux-ci était d'un mois en moyenne ; dans quelques cas, elle fut de deux et trois mois, mais alors la paralysie s'était généralisée.

La paralysie du voile du palais caractérisée par la

[1] *Paralysie diphthéritique.* (*Archives de médecine*, 1862, t. I, p. 5.)

voix nasonnée et le rejet des boissons par le nez et la paralysie pharyngée qui amène des troubles de la déglutition et le passage des aliments et des boissons dans le larynx, constituaient les accidents secondaires de la diphthérie le plus communément observés. Ce n'est que dans un petit nombre de cas que la paralysie s'est généralisée, en affectant très-inégalement la sensibilité et le mouvement et en portant principalement sur les membres inférieurs. J'ai observé trois cas de paraplégie consécutive à l'angine grave, l'un chez une jeune fille de vingt ans, l'autre chez une jeune mulâtresse un peu plus âgée et le troisième chez une négresse de quatorze ans qui présenta en outre de l'anasarque avec des urines albumineuses. Les trois malades guérirent en deux ou trois mois. Chez deux petites filles de six et huit ans, j'ai observé de l'amblyopie consécutive à la paralysie pharyngée. Ces troubles de la vision mirent plus d'un mois à disparaître.

La médication que nous faisions, à Saint-Pierre, contre le croup et l'angine couenneuse ne différait guère de celle qui est généralement usitée en France. Peut-être insistions-nous un peu plus sur les vomitifs, l'ipéca surtout, et sur l'alimentation et les médicaments reconstituants, tels que le vin de Madère, le café, le quinquina. Les allures de la fièvre nécessitaient assez souvent l'administration du sulfate de quinine. La médication topique restait la médication par excellence des accidents diphthéritiques. J'avais généralement recours au crayon de nitrate d'argent ou à une solution de ce même sel. J'employais concurremment les insufflations ou les badigeonnages avec la poudre d'alun ou le tannin et j'insistais sur l'usage des fruits acides : citrons,

oranges, ananas. Le traitement des paralysies diphthéritiques consistait surtout dans la médication tonique et reconstituante. Le quinquina, les amers, les ferrugineux étaient prescrits sous toutes les formes, ainsi qu'une alimentation substantielle. Dans les paraplégies surtout, les frictions sèches ou aromatiques et les bains de mer étaient indiqués vers la fin.

Au moment de terminer ce livre, je dois insister sur une question d'une grande importance pour l'avenir sanitaire des colonies, question à laquelle me ramène l'étude des maladies épidémiques. S'il est probable qu'aux Antilles les épidémies de diphthérie sont des explosions spontanées de la maladie, il est à peu près établi que la scarlatine, la rougeole et la variole y sont des maladies importées. Pour quelques-unes de leurs épidémies, on a pu surprendre le moment de l'importation et suivre l'invasion de proche en proche. Ces épidémies sont séparées par de longues périodes d'immunité comme celles que présente la fièvre jaune, maladie dont l'importation n'est pas contestable. La situation insulaire des Antilles leur permet de s'isoler de la contagion et elles l'ont prouvé lorsque le choléra désolait la Guadeloupe. Aussi je suis arrivé par l'étude à une conviction profonde, c'est que, par des mesures de préservation efficaces, actives et ininterrompues, les Antilles pourront se délivrer de la fièvre jaune et des affections épidémiques qui reviennent à de longs intervalles. Puisse l'avenir profiter de l'expérience léguée par le passé et justifier cette opinion consolante !

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

PREMIÈRE PARTIE.

ENDÉMIES ET ÉPIDÉMIES.

DEUXIÈME PARTIE.

ESSAI DE PATHOLOGIE COMPARÉE DES RACES ET DES CLIMATS.

FIN DE LA TABLE.

Paris. — Typographie Hennuyer et fils, rue du Boulevard, 7.